

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

*Um Caminho para a (Trans)Formação – Intervindo na Promoção da
Vinculação Precoce*

Cristiana Maria Marinho Gomes



Viana do Castelo, setembro 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

*Um Caminho para a (Trans)Formação – Intervindo na Promoção da
Vinculação Precoce*

Relatório apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Despacho N.º 345/2012, publicado em Diário da República, 2ª série, N.º 8 de 11 de Janeiro

Cristiana Maria Marinho Gomes

Orientadora

Maria Augusta Moreno Delgado da Torre

Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de
Saúde de Viana do Castelo



Viana do Castelo, setembro 2014

Gomes, C. M. M. (2014). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional: Um Caminho para a (Trans)Formação – Intervindo na Promoção da Vinculação Precoce*. Viana do Castelo: [s. n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA, RELAÇÕES PAIS-FILHO, PROMOÇÃO DA SAÚDE, GRAVIDEZ, PERÍODO PÓS-PARTO

*Ao meu avô, eterno companheiro
e inspiração para a minha vida!*

AGRADECIMENTOS

À Professora Augusta Delgado, orientadora deste Estágio de Natureza Profissional, que acompanhou como ninguém esta longa e árdua caminhada, pela sensibilidade, disponibilidade, carinho e mestria. A concretização deste trabalho deve-se, em grande parte, ao seu incansável apoio e incentivo desde a realização do estágio aos momentos de orientação deste trabalho.

Aos Professores Ilda Lima, Ivone Barreto e Luís Graça, porque também intervieram neste processo de formação, pelos conselhos, amizade e, acima de tudo, pela inspiração que foram para nós!

Às Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia pelo seu empenho na tutoria deste percurso, por tornarem possível a aquisição dos objetivos e enriquecimento pessoal e profissional através da sua perícia, amabilidade e ensinamentos transmitidos: Enf^a Paula Fernandes e Enf^a Ana Paula Veiga do Bloco de Partos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Enf^a Fátima Monteiro do Serviço de Obstetrícia Ala B do Hospital de Braga, Enf^a Cecília Gouveia e Enf^a Fernanda Dias da Unidade de Saúde Familiar Dallém D'Ave.

A toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar dos três campos de estágio, pelo acolhimento simpático e companheirismo e, em especial, aos casais que foram cuidados e que serviram de molde ao nosso estudo.

Por último, mas não menos importante, ao Filipe, aos nossos pais, irmão e amigos, que estiveram presentes nos melhores e piores momentos, por nos ampararem, compreenderem a nossa ausência e acreditarem sempre no nosso valor.

“Estamos ligados aos nossos atos como um fósforo à sua chama. Eles consomem-nos, é verdade, mas são eles que nos dão o nosso esplendor. E, se a nossa alma valeu alguma coisa, é porque ardeu com mais ardor do que outras.”

André Gide

ÍNDICE

Introdução	21
I Parte <i>Norteando o Caminho para a (Trans)Formação: Contextualização e</i>	
<i>Conceptualização do Estágio de Natureza Profissional.....</i>	25
1. Ponto de Partida para a (Trans)Formação: Perscrutando os Pressupostos do Estágio	
de Natureza Profissional	27
1.1. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional	27
1.2. Pressupostos Teóricos orientadores da Prática Clínica	30
1.2.1. Teoria das relações interpessoais.	31
1.2.2. Teoria das transições.	32
1.2.3. Transição para a parentalidade.	34
2. Contextualização e Caraterização das Unidades de Cuidados.....	43
2.1. Bloco de Partos da ULSAM.....	44
2.2. Unidade de Patologia Materno-Fetal do Hospital de Braga.....	48
2.3. USF Dallém D'Ave.....	50
II Parte <i>Do Planeamento à Ação: o Caminho Percorrido e as Atividades</i>	
<i>Desenvolvidas.....</i>	53
1. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e	
na Comunidade durante o Trabalho de Parto	57
2. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e	
na Comunidade durante o internamento em Patologia Materno-Fetal e na	
Admissão/Urgência em situações de Patologia Obstétrica e Ginecológica.....	69
3. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e	
na Comunidade no âmbito do Planeamento Familiar, durante os Períodos Pré-	
Concepcional, Pré-Natal, Pós-Natal e Climatério, e a vivenciar Processos de	
Saúde/Doença Ginecológica	77
4. Um Olhar sobre a Vinculação Precoce: Plano de Intervenção	85
4.1. Enquadramento Teórico: Vinculação, um Fenómeno de Enfermagem	85

4.1.1. Vinculação pré-natal e comunicação intrauterina.	89
4.1.2. A vinculação e o processo de nascimento.	94
4.2. Justificação e Objetivos da Atividade	99
4.3. Metodologia	100
4.3.1. Bloco de partos: o processo de nascimento.	102
4.3.2. Cuidados de saúde primários: vinculação pré-natal e comunicação intrauterina.....	107
4.4. Apresentação e Discussão dos Resultados	113
4.4.1. Bloco de Partos.	113
4.4.2. Cuidados de saúde primários.	121
4.5. Conclusões e Recomendações.....	124
Conclusões.....	129
Referências Bibliográficas	131
APÊNDICES.....	145
Apêndice 1 – Identificação dos conhecimentos das parturientes e pais/companheiros no momento da admissão relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no período perinatal.....	XXI
Apêndice 2 – Grelha de observação dos comportamentos de expressão da vinculação nas puérperas e pais/companheiros no puerpério imediato.....	XXV
Apêndice 3 – Plano de Sessão: Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina.	XXIX
Apêndice 4 – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Participantes da Sessão: Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina.....	XXXIII

Índice de Quadros

Quadro 1 – Conhecimentos das parturientes relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no momento da admissão.....	115
Quadro 2 – Conhecimentos dos pais/companheiros relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no momento da admissão.....	116
Quadro 3 – Comportamentos de expressão da vinculação precoce observados nas puérperas no puerpério imediato.....	118
Quadro 4 – Comportamentos de expressão da vinculação precoce observados nos pais/companheiros no puerpério imediato.....	120
Quadro 5 – Frequências relativas das respostas ao questionário de satisfação dos participantes com a sessão <i>Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina</i>	123

RESUMO

Introdução: O Estágio de Natureza Profissional abarcou a assistência especializada à mulher e família durante o ciclo vital, quer em cuidados primários quer hospitalares, especialmente no período pré-natal e nascimento, com ênfase para a promoção da vinculação precoce. O processo de enfermagem e a teoria das transições de Meleis sustentaram a prática de cuidados empreendidos.

Objetivos: Desenvolver competências para o exercício profissional especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia; corresponder às necessidades pessoais e institucionais, validando-as através do diagnóstico de situação, de forma a contribuir para a mudança/ inovação da prática de cuidados; promover a vinculação precoce pais-filhos, contribuindo para a promoção da transição para a parentalidade.

Metodologia: Prestação de cuidados à mulher e família ancorada no modelo teórico da transição para a parentalidade na presença de patologia materno-fetal, durante o trabalho de parto e parto em contexto hospitalar e durante todo o ciclo vital no âmbito dos cuidados de saúde primários. Intervenção de promoção da vinculação precoce através da realização de entrevista de avaliação inicial a 12 parturientes e 5 pais na admissão ao bloco de partos e observação de comportamentos promotores da vinculação precoce no puerpério imediato, da qual emergiu, em conjunto com o diagnóstico de situação realizado, a necessidade de intervenção sustentada no período pré-natal, realizada individualmente e em grupo em cuidados de saúde primários.

Resultados: Os objetivos de estágio referentes ao desenvolvimento de competências especializadas em saúde materna e obstetrícia foram atingidos, através das experiências proporcionadas nos diversos contextos assistenciais. As mulheres e pais em trabalho de parto apresentavam défices cognitivos relativamente às estratégias promotoras da vinculação precoce; após o nascimento, alguns destes demonstraram dificuldades na expressão de comportamentos promotores da interação pais-filho. No âmbito da intervenção em cuidados primários, todos os casais revelaram satisfação pela participação nas sessões em grupo relativas à promoção da vinculação precoce e comunicação intrauterina, atribuindo importância ao tema e tencionando utilizar o conhecimento adquirido.

Conclusões: O cuidado especializado à mulher e família demanda um conjunto de competências técnico-científicas, cognitivas, relacionais e socioculturais que facultem a autonomia e a tomada de decisão nesta área, que desenvolvemos neste estágio. Consideramos que o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na promoção da vinculação precoce, sendo que esta intervenção deverá iniciar-se nas primeiras consultas pré-natais, por forma a contribuir para o bem-estar da tríade.

Descritores: Enfermagem Obstétrica, Relações Pais-Filho, Promoção da Saúde, Gravidez, Período Pós-Parto

ABSTRACT

Introduction: The professional traineeship concealed the specialized assistance on women and families throughout their vital cycle, both in primary and hospital care, particularly during the prenatal and birth periods, with an emphasis towards early attachment. The nursing process and Meleis' Theory of Transition supported the care practice provided.

Objectives: To develop competences for the professional practice specialized in maternal health and obstetrics nursing; to correspond to personal and institutional needs, validating them through diagnosis of the situation, as a way to contribute to the adjustment /innovation in the care practice; to promote an early parents-child attachment, contributing towards the promotion of parenthood transition.

Methodology: Giving healthcare to women and families based on the theoretical model of transition to parenthood in the presence of maternal-foetal pathologies, during labour and hospital labour and throughout the entire life cycle, under the primary healthcare. Intervention and promotion of early attachment through an initial assessment interview to 12 expecting women and 5 fathers at the time of admission to the delivery room, observation of early attachment-promoting behaviours immediately after birth, which gave origin, together with the diagnosis situation conducted to the need of a intervention supported in the prenatal period, carried out individually and in primary healthcare groups.

Results: The objectives of the internship regarding the development of competences specialized in maternal healthcare and obstetrics have been achieved through the experiences provided across the different healthcare contexts. Women and fathers during labour have cognitive deficits regarding strategies promoting an early attachment; after birth, some showed some difficulties in expressing behaviours that promote parents-child interaction. Considering the intervention in primary healthcare, every couple stated to be satisfied with their participation in the group sessions regarding the promotion of early attachment and intrauterine communication, giving importance to the theme and having the intention of using the acquired knowledge.

Conclusions: Healthcare focussed in women and families calls for a set of technical-scientific, cognitive, relational and sociocultural competences that enable autonomy and decision-making process in this area, which was developed during this traineeship. One considers that specialized nurses play a determinant role in the promotion of early attachment and that such intervention must begin in the firstly prenatal consults, as to contribute towards the wellbeing of the triad.

Descriptors: Obstetric Nursing, Parent-Child Relations, Health Promotion, Pregnancy, Postpartum Period

SIGLAS

CHAA – Centro Hospitalar do Alto Ave

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESMO – Enfermeira/o(s) Especialista(s) em Saúde Materna e Obstetrícia

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPE – Entidade Pública Empresarial

ITS – Infecções de Transmissão Sexual

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido(s)

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFDA – Unidade de Saúde Familiar Dallém D’Ave

ABREVIATURAS

D. – Dona

Enf^a – Enfermeira

Km – quilómetros

n.º – número

p. – página

pp. – páginas

s. d. – sem data

Trad. – traduzido

Vol. – Volume

Introdução

O presente relatório refere-se ao Estágio de Natureza Profissional (ENP), que decorreu entre maio de 2013 e fevereiro de 2014, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) destaca-se como o profissional de referência para a prestação de cuidados de saúde à mulher inserida na sua família e comunidade, especialmente durante o ciclo reprodutivo. A sua área de atuação abarca vários contextos assistenciais, e o conjunto de intervenções autónomas e interdependentes que realiza demanda um elevado rigor científico, bem como a dotação de capacidades técnicas e humanas, potenciadoras da autonomia e de tomadas de decisão profícuas para a população que serve.

Neste âmbito, após a análise das nossas expectativas, aspirações e necessidades individuais imbricadas com determinados contextos, surgiu o ensejo de cimentar experiências práticas em contextos reais e diversificados na área da saúde sexual e reprodutiva, e às quais o ENP poderia dar resposta.

Assim, a opção pelo ENP enformou-se com vista:

- Ao desenvolvimento de competências fundamentais para a aquisição do título de EESMO, em conformidade com a Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de janeiro, alterada pela Diretiva n.º 89/594/CEE de 30 de Outubro e pela Diretiva n.º 2005/36/CEE de 7 de setembro, do Parlamento e Conselho das Comunidades Europeias, transpostas para o ordenamento jurídico português pelo Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 15/92 de 4 de fevereiro e pela Lei n.º 9/2009 de 4 de março (relativos ao reconhecimento mútuo do título de parteira e à formação profissional do EESMO);
- À obtenção do grau de Mestre na mesma área de atuação, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho (referente à atribuição de graus académicos superiores);
- À correspondência de necessidades pessoais e institucionais, validando-as através do diagnóstico de situação realizado em contexto da prática com a identificação de áreas/problemas, de forma a contribuir para a mudança/ inovação das práticas de assistência em cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia;

- À consolidação de aptidões cognitivas, instrumentais e sócio-relacionais na área da vinculação precoce pais-filhos no período pré-natal e perinatal, explorando a intervenção efetuada nos diversos contextos de atuação, com o propósito de contribuir para a promoção de transições para a parentalidade positivas.

A consecução do ENP pretende, de igual modo, contribuir para a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências que deem resposta ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, bem como ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste contexto, a metodologia deste estágio tencionou criar características que nos aproximassem dos contextos vivenciados pelos profissionais, pelo que, através desta estratégia, outros domínios para além da prestação de cuidados foram privilegiados, como é o caso da investigação, da formação e da gestão.

A designação do relatório: *Um Caminho para a (Trans)Formação – Intervindo na Promoção da Vinculação Precoce*, procura espelhar a dupla intenção na concretização e reflexão acerca deste ENP. Por um lado, o percurso de desenvolvimento de competências através de experiências enriquecedoras e pró-ativas, culminando num processo de formação identitária. Por outro lado, o desígnio de concorrer para a melhoria dos cuidados de enfermagem disponibilizados à mulher/casal/família ao longo do seu ciclo reprodutivo, fomentando a transição para a parentalidade, especialmente no que concerne à promoção da vinculação pré-natal, perinatal e pós-natal; para tal, houve o propósito de intervir em vários contextos, quer através da prestação direta de cuidados, quer através do contributo em ações formativas, da influência em atividades de gestão e da procura contínua da reflexão na ação, para a ação e sobre a ação, diligenciando pontualmente intervenções investigativas que se propusessem a complementar o estado da arte na área da saúde materna e obstetrícia.

A prestação de cuidados ao longo deste ENP dividiu-se em três contextos de atuação: Bloco de Partos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Serviço de Obstetrícia do Hospital de Braga e Unidade de Saúde Familiar Dallém D'Ave (USFDA), em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) D. Maria II. Em cada um destes locais, respetivamente, objetivamos um incremento na qualidade da atenção especializada à mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, durante o internamento em

obstetrícia/patologia materno-fetal e/ou em situações de patologia obstétrica e ginecológica, bem como à mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, pós-natal e climatério, e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os pressupostos conceptuais que alicerçaram a prestação de cuidados emergiram da teoria das relações interpessoais de Peplau, bem como da teoria das transições de Meleis, especialmente nesta última. O processo de enfermagem constituiu o recurso metodológico utilizado para a tomada de decisão em cada contexto específico. Quer no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados quer nos cuidados de saúde primários, procuramos veementemente uma abordagem centrada na tríade mãe-pai-filho, com ênfase especial para a promoção da vinculação precoce em todas as fases de construção de cada processo familiar.

A consecução deste relatório pretendeu enunciar a contextualização teórica e situacional que sustentou a prossecução do ENP, analisar sucinta e reflexivamente a consecução dos objetivos e atividades delineadas no projeto de ENP para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado em saúde materna e obstetrícia, desenvolver competências no âmbito do juízo crítico-reflexivo que contribuam para o processo de (trans)formação a nível pessoal e profissional, e divulgar as capacidades empreendidas e o conhecimento produzido, relevando a importância da evidência científica para a prática de cuidados e contribuindo para o desenvolvimento da ciência de Enfermagem.

Para uma melhor compreensão e encadeamento lógico do relatório, visando salientar a vertente operacional do ENP, a divisão deste relatório será efetuada maioritariamente em duas partes. A primeira parte refere-se aos pressupostos científicos e contextuais do estágio, incluindo o quadro conceptual – que se fundamenta maioritariamente na teoria das transições e, mais especificamente, na transição para a parentalidade – seguido do quadro contextual, referente à caracterização dos locais de estágio, descrição sumária e identificação de necessidades e prioridades de intervenção.

A segunda parte corresponde à enunciação e reflexão crítica das intervenções realizadas durante o ENP à luz da evidência científica, com a explanação das atividades empreendidas com base nos objetivos específicos e estratégias delineadas previamente para este ENP; o quarto e último capítulo desta parte foca a área de intervenção de enfoque específico, ou seja, a vinculação precoce. Por último, apresenta-se a conclusão e as referências bibliográficas.

I Parte

Norteando o Caminho para a (Trans)Formação: Contextualização e Conceptualização do Estágio de Natureza Profissional

1. Ponto de Partida para a (Trans)Formação: Perscrutando os Pressupostos do Estágio de Natureza Profissional

Neste caminho para a (trans)formação identitária, rumo ao desenvolvimento e reconhecimento de competências técnicas e científicas especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, assumimos o ENP como um acontecimento determinante do percurso, ao facultar condições potenciadoras do crescimento pessoal e profissional.

O ponto de partida para este desenvolvimento de aptidões inclui o conjunto de pressupostos que, de alguma forma, sustentaram a consecução do ENP, e que foram sucintamente delineados no projeto de estágio redigido anteriormente. Dado o caráter dinâmico de um projeto, sempre suscetível a reformulação, este não constituiu um documento estanque, tendo merecido atualizações constantes não só ao nível da transição dos contextos de estágio como relativamente à delimitação da fundamentação teórica subjacente.

Assim, este capítulo fará um compêndio das linhas orientadoras que fundamentaram a nossa reflexão e prestação de cuidados, pelo que incluirá, inicialmente, a contextualização do estágio e a fundamentação da seleção dos locais de atuação, seguida de uma breve referência aos modelos teóricos que serviram de base ao nosso pensamento e atividade no decorrer das várias etapas deste ENP.

1.1. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional

A possibilidade de realização de ENP integrou-se no desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado especializado em saúde sexual e reprodutiva nos principais contextos de atuação do EESMO (cuidados de saúde primários, serviços de obstetrícia/patologia materno-fetal, bloco de partos e puerpério).

A execução do ENP constituiu uma escolha óbvia e inquestionável, dado o ensejo de concretizar um período de estágio mais prolongado e que desse resposta simultaneamente às nossas necessidades e motivações pessoais e profissionais, bem como aos requisitos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e os vigentes nas diretivas nacionais e europeias relativamente ao reconhecimento da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

O conjunto de competências requerido ao EESMO foi emitido pela OE em 2011, em conformidade com o que havia sido descrito pela *International Confederation of Midwives* no documento *Essential competencies for basic midwifery practice* (International Confederation of Midwives, 2010). Destaca-se a mulher durante o seu ciclo reprodutivo como foco de atenção e beneficiária principal do exercício profissional especializado, assegurando o cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, período do climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e o cuidado ao grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste âmbito, o perfil de atuação do EESMO abarca:

Intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 1).

A atribuição do título de EESMO depende de um conjunto de compromissos legais (Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de agosto, 1987; Decreto-Lei n.º 15/92 de 4 de fevereiro, 1992; Lei n.º 9/2009 de 4 de março), transpostos para a legislação portuguesa a partir de diretivas comunitárias (Diretiva n.º 80/155/CEE, 1980; Diretiva n.º 89/594/CEE, 1989; Diretiva n.º 36/2005/CEE), dentre os quais se salientam os relativos ao número de experiências práticas em cuidados que são contabilizadas durante o período de formação em contextos reais (Lei n.º 9/2009 de 4 de março, 2009).

Ora, os ensinamentos clínicos realizados anteriormente, embora plenos em experiências qualitativas, não facultaram as vivências quantitativas preconizadas, muito devido aos constrangimentos relacionados com a acentuada diminuição da taxa de natalidade a que temos vindo a assistir desde há vários anos no nosso país. Em associação, o nível de competências específicas imputadas ao EESMO, bem como a parca experiência profissional na área da saúde sexual e reprodutiva, condicionou a assunção de que mais tempo em cada contexto era necessário para complementar e aprofundar as aptidões previamente desenvolvidas.

De facto, as exigências cognitivas, metodológicas, éticas, técnicas, relacionais, educacionais, entre outras, elevam o sentido de responsabilidade e o rigor de competências requerido ao EESMO. Deste modo, planeamos regressar a vários contextos de atuação, desta vez em instituições diferentes, com o fim último de potenciar a aquisição de competências, contribuindo para a (re)construção ou (re)definição da nossa identidade profissional.

Ao selecionar como locais de estágio os serviços hospitalares de bloco de partos e patologia materno-fetal, bem como os cuidados de saúde primários, almejamos:

- Desenvolver competências específicas na área da saúde materna e obstetrícia, partindo do grau de iniciado em que nos encontrávamos (Benner, 2001), procurando consegui-lo em todos os contextos e nos planos da cognição, da ação, da relação interpessoal, da ética, da educação, da gestão e da investigação;
- Contribuir para melhorar a intervenção na transição para a parentalidade, adotando um cuidado transacional facilitador da adaptação de cada indivíduo ao seu processo de saúde, e desenvolvendo estratégias promotoras da saúde nas diferentes fases do ciclo de vida familiar, nomeadamente aquando da construção e/ou alargamento de uma família.

Sem dúvida que os cuidados de enfermagem constituem uma fatia considerável do que se realiza de muito nobre e salutar nas nossas instituições de saúde, proporcionando ganhos em saúde efetivos, nomeadamente ao nível da saúde sexual e reprodutiva e saúde materna e obstetrícia. A prestação de cuidados de enfermagem tem evoluído favoravelmente nas últimas décadas, à medida que as questões da qualidade proliferaram, a par da melhoria do ensino da Enfermagem e da crescente divulgação e tentativas de aplicação das teorias e conceitos da disciplina.

Não obstante o balanço das intervenções de enfermagem nestas unidades de saúde seja inquestionavelmente positivo, multiplicam-se as carências de conhecimento e habilidades das mulheres/mães/pais/casais/famílias na promoção da sua saúde e prevenção ou controlo dos fatores de risco nos períodos pré-concepcional, pré-natal e após o nascimento. Assiste-se à impreparação dos casais para o momento do parto, pós-parto e nos cuidados ao recém-nascido (RN) (Bayle, 2005; Leal, 2005a; Lopes, 2012; Martins, 2013; Pedras, 2007). Referindo-se às transformações sociais e familiares, Gomes-Pedro (2005) descreve-nos este constrangimento: “os pais sentem-se pouco preparados e o comportamento que revelam em relação às necessidades dos seus filhos reflete esse problema” (p. 35).

A estas reflexões, associam-se outras mais diretamente relacionadas com a intervenção do EESMO, nomeadamente na presença de patologia na gravidez, na qual, tendencialmente, ocorre uma centralização dos cuidados de enfermagem na atuação especificamente dirigida ao motivo de internamento (quando há necessidade para tal), usufruindo de menor atenção o estabelecimento de outras prioridades na educação para a saúde no período pré-natal e transversais a todos os processos de parentalidade; o EESMO representa um papel fundamental na prestação de cuidados nos casos de patologia materno-fetal, devendo

salvaguardar o desenvolvimento de competências parentais nos casais que vivenciam grande parte da sua gravidez em ambiente hospitalar.

A intervenção do EESMO requer cada vez maior maleabilidade e capacidade de adoção de estratégias promotoras da capacitação e corresponsabilização de cada pessoa no seu processo de saúde, à luz de modelos conceptuais centrados na pessoa alvo dos seus cuidados. Foi com este intento e a partir desta convicção que desenvolvemos o ENP.

Neste âmbito, perspetivamos uma mudança de paradigma que acompanhe as transformações sociais, políticas e económicas a que temos assistido, sem descuidar a assistência aos grupos populacionais com características diferentes. O que pretendemos destacar com estas reflexões não são conceitos inovadores mas já foram sustentados e descritos por alguns teóricos de Enfermagem. Referimo-nos, nomeadamente, a modelos teóricos que podem ser englobados no paradigma da integração e escola da interação (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994), como a teoria das relações interpessoais de Peplau (1990) e a teoria das transições de Meleis (2010), com maior ênfase para esta última; englobada nesta, ressalta a transição para a parentalidade como uma proposição central para a enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

Estas teorias e conceitos nortearam a nossa atuação nos diferentes contextos, pelo que se segue uma breve clarificação dos seus pressupostos teórico-metodológicos e ideológicos.

1.2. Pressupostos Teóricos orientadores da Prática Clínica

A Enfermagem caracteriza-se como uma ciência objetivada na arte do cuidar, tendo como alvo central o cuidado à pessoa marcada pela sua singularidade e subjetividade, inserida no seu contexto familiar, social e cultural. O exercício da profissão de enfermagem subjaz o estabelecimento de relações interpessoais que promovam o empoderamento de cada sujeito, num “processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 8).

Neste sentido, o foco de atenção principal do enfermeiro direciona-se para a pessoa e suas capacidades de resposta aos diversos fenómenos ou processos de transição por que se depara ao longo do ciclo vital, tendo sido este um dos principais pressupostos da nossa prática profissional.

O paradigma da integração surgiu na década de 1950 e trouxe inovação ao orientar a Enfermagem para a pessoa e a terapia centrada no cliente (Meleis, 1997), considerando o

ambiente que o rodeia e que influencia as suas interações, bem como a multidimensionalidade dos fenómenos (Lopes, 1999). Os cuidados de enfermagem pretendem manter a saúde da pessoa em todas as suas vertentes. Grande parte das concepções da ciência de Enfermagem foram criadas a partir desta orientação para a pessoa (Meleis, 1997), principal objeto de demarcação da disciplina médica (Kérouac et al., 1994).

Seguidamente apresentamos as teorias anteriormente mencionadas: teoria das relações interpessoais (Peplau, 1990), teoria das transições (Meleis, 2010) e transição para a parentalidade.

1.2.1. Teoria das relações interpessoais.

Peplau, teórica de Enfermagem que desenvolveu este modelo, foi uma das principais precursoras e defensoras da escola da interação, que coloca a ênfase no cuidado humano como um processo interativo e subjetivo entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra capaz de corresponder a essa carência, objetivando a manutenção da sua integridade (Lopes, 1999). A pessoa é encarada como um ser biopsicossocial, cultural e espiritual em constante mutação, pelo que todos estes elementos devem ser atendidos em qualquer intervenção a ela dirigida (Kérouac et al., 1994).

A teoria das relações interpessoais de Peplau (1990) integra-se no paradigma da integração e foi pioneira ao incluir o cliente como parceiro na prestação de cuidados, dando primazia, mais do que à doença e suas consequências, ao significado e comportamentos da pessoa face à sua situação de saúde/doença. Na relação enfermeira-cliente, a primeira auxilia o segundo no reconhecimento e compreensão do seu problema, facilitando a expressão de sentimentos e abrindo espaço para o benefício terapêutico da relação interpessoal (George & Col., 2000).

Para a mesma autora, os cuidados de enfermagem constituem um método terapêutico interpessoal, caracterizado pelo estabelecimento e manutenção de uma relação enfermeiro-cliente que favoreça o desenvolvimento (George & Col., 2000). O enfermeiro orienta-se para a pessoa, especialmente para a relação que estabelece com ela. Quando surge um episódio de doença, este é encarado como uma oportunidade de crescimento e amadurecimento pessoal para ambos (Kérouac et al., 1994).

Kérouac et al. (1994), partindo de influências oriundas de várias áreas científicas e diversos autores, dos quais são exemplo Maslow e Freud, Peplau designou a Enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal corresponde à relação enfermeiro-cliente.

Para que esta interação decorra favoravelmente, pressupõe-se que o enfermeiro tenha um conhecimento aprofundado sobre si próprio (Howk, 2004).

O processo das relações interpessoais descrito por Peplau (1990) pode ser dividido em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, ao longo das quais o enfermeiro se debruça sobre a maximização da autonomia, independência e autodeterminação da pessoa alvo dos seus cuidados (Howk, 2004). Nesta relação terapêutica, enfermeiro e cliente encontram-se ao mesmo nível e detêm ambos um papel ativo na satisfação das necessidades deste (George & Col., 2000).

Em suma, o cuidado à pessoa é um conceito central que abrange o respeito pelas suas características individuais e a relação entre enfermeiro-utente deverá ser pautada por uma negociação/parceria, na qual o utente é corresponsabilizado pelo seu processo de saúde/doença. O enfermeiro desempenha um papel de empoderamento e capacitação da pessoa, permitindo-a exercer a sua autonomia no seu pleno e tomar as suas próprias decisões informadas e fundamentadas no que à sua saúde diz respeito (Peplau, 1990).

Na sociedade contemporânea, consumidora das tecnologias de informação e cada vez mais letrada ou instruída e empenhada em corresponder com rigor aos últimos ditados científicos – características da população que encontramos frequentemente na intervenção em saúde materna e obstetrícia –, cada vez mais se exige que o enfermeiro adote esta postura de capacitação e valorização da autonomia de cada pessoa, privilegiando a relação interpessoal.

1.2.2. Teoria das transições.

A transição pode ser definida como um acontecimento de vida marcante ou potencialmente gerador de desequilíbrio ou perturbação emocional, implicando alterações na rotina da pessoa e exigindo capacidade para efetuar os ajustes necessários (Meleis, 2010).

Todos os indivíduos vivenciam transições direta ou indiretamente relacionadas com o seu processo de saúde/doença ao longo do seu ciclo de vida, afetando em maior ou menor grau o seu bem-estar e o dos que o rodeiam. Quando as transições se associam a processos de saúde/doença ou quando as respostas às transições se expressam através de comportamentos relacionados com a saúde, dizem respeito ao foro da Enfermagem. Neste sentido, a transição representa um conceito central para esta disciplina (Schumacher & Meleis, 1994).

O que torna a maioria das transições em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem não corresponde só ao acontecimento em si mesmo, mas sim à necessidade de o indivíduo se reorganizar e redefinir para incorporar a mudança na sua vida, adaptando-se a ela (Bridges, 2004).

Na medida em que as transições poderão conduzir a profundas alterações no estado de saúde percebido dos clientes, o enfermeiro assume um papel extremamente relevante, através de uma compreensão holística das condições que influenciam as experiências de transição e da realização de ações promotoras, preventivas e interventivas destinadas a evitar consequências negativas e melhorar os resultados de saúde, conduzindo a transições saudáveis (Schumacher & Meleis, 1994).

Focando-nos na teoria das transições, Meleis (2010) desenvolveu uma teoria de médio alcance que descreve a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras da transição e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) que guiam e modulam as intervenções terapêuticas de enfermagem. Meleis (1991), citado por Schumacher e Meleis (1994), refere-nos que:

Uma transição representa mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou em habilidades. Representa mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos para alterar o comportamento, e, por conseguinte, para alterar a definição de si mesmo no contexto social. (p. 122)

Segundo Meleis (2010), as reações às mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo podem revelar-se em bem-estar, ou, pelo contrário, expor os indivíduos a diversos riscos acrescidos. Esta autora classifica as transições essencialmente em quatro tipos: desenvolvimentais (períodos transitórios do ciclo vital), situacionais (implicam alterações de papéis, incluindo acontecimentos como a gravidez, o nascimento e a morte), de saúde-doença (ocorrência de estado patológico potencialmente indutor de inadequação do indivíduo) e organizacionais (correspondem a mudanças ocorridas no ambiente, quer por forças políticas ou económicas quer a nível interno numa organização) (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

Cada transição caracteriza-se pela sua unicidade e individualidade, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. A transição determina que a pessoa adquira uma maior maturidade e estabilidade ao superá-la, pelo que acrescenta, maioritariamente, algo de positivo comparativamente à condição pré-existente (Meleis et al., 2000). Pode decorrer de ações voluntárias da pessoa ou, por outro lado, corresponder a fenómenos inesperados. Quer sejam considerados processos patológicos ou fisiológicos, o enfermeiro representa um papel fulcral na identificação das respostas humanas a estes processos, essencial para a formulação de diagnósticos de enfermagem a partir das necessidades reconhecidas em cada cliente e para a consequente implementação de todo o processo de enfermagem (Meleis, 2010).

Com a proliferação da investigação das transições em Enfermagem, torna-se possível definir padrões de resposta para determinado tipo de transições, facultando ao enfermeiro um cuidado preventivo, uma vez que poderá estar mais desperto para a identificação de pontos críticos e vulneráveis durante as transições mais estudadas (Schumacher & Meleis, 1994).

Podendo também ser designadas de processos de desenvolvimento, as transições implicam um cuidado transacional (Meleis, 2010) por parte do enfermeiro. Este cuidado molda-se na individualidade de cada pessoa, promovendo a consciencialização dos processos de transição e progressiva capacitação do indivíduo para restabelecer o equilíbrio e a estabilidade física, psicológica e emocional (Zagonel, 1999).

Para Linard, Pagliuca, e Rodrigues (2004) e Zagonel (1999), várias teorias de Enfermagem, como a desenvolvida por Peplau (1990), podem ser readaptadas com base nesta teoria das transições de Meleis, na medida em que relacionam os conceitos de crise de desenvolvimento, adaptação e mudança ou mecanismos de *coping* aos processos vivenciados por cada pessoa ao longo da sua vida, e influenciados pela sua personalidade, comunidade e sociedade.

Partindo deste modelo de Meleis, considerado um pilar para a compreensão das funções do enfermeiro muito para além da dimensão curativa ou biológica, focaremos, em seguida, a transição que se repercute num dos maiores desafios colocados ao casal em fase reprodutiva: tornarem-se pais.

1.2.3. Transição para a parentalidade.

A família nasce, cresce, amadurece e reproduz-se em novas famílias. O ciclo vital da família representa vários momentos críticos que se apresentam ao longo de estádios: expansão (coincide com a formação do casal, nascimento e criação de filhos), de dispersão ou cisão (com a saída dos filhos de casa) e morte ou substituição (com a morte de um dos progenitores ou formação de novos núcleos familiares).

Não podendo ser equacionadas de forma linear e espartilhada, mas antes sob o ponto de vista da continuidade, o reconhecimento destas etapas e a análise da estrutura familiar fornecem um apoio relevante para o planeamento das intervenções ajustadas por parte dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (Martins, 2002; Relvas, 1996).

O desenvolvimento da família ao longo do seu ciclo vital é marcado por sucessivas transformações que não lhe retiram necessariamente a qualificação de família estável, antes

sugerem uma adaptação e reestruturação relacional promotoras do reequilíbrio, da complexidade e da superação do estágio em que se encontram (Martins, 2002; Relvas, 1996).

A segunda fase do ciclo vital da família principia com o nascimento do primeiro filho (Relvas, 1996), proporcionando mudanças consistentes e irreparáveis nos subsistemas individual e conjugal (Pereira, 2007). Uma reorganização estrutural da família, com a integração dos papéis maternal e paternal, precede o desejado enriquecimento saudável desta, ultrapassando a crise de desenvolvimento (Martins, 2002).

Deste modo, todas as famílias, independentemente da sua estrutura, deparam-se com mudanças que pressupõem crises, uma vez que estas induzem um certo nível de stresse; as crises podem ser esperadas (relacionadas com as fases do ciclo vital, nomeadamente nos pontos de transição) ou inesperadas/acidentais (como, por exemplo, uma gravidez não desejada ou o desemprego de um dos elementos) (Martins, 2002; Relvas, 1996).

Após acontecimentos inesperados, a família poderá ter maior dificuldade em reorganizar os seus padrões transacionais de modo a produzir respostas funcionais ao stresse que estes provocam. É fulcral para a resolução da crise que a família apresente elevados níveis de flexibilidade, de modo a proceder às transformações necessárias para se adaptar ao seu novo estado de equilíbrio (Costa, 2004).

O nascimento de uma criança poderá constituir-se como um fator potencialmente gerador de desequilíbrio familiar. De acordo com Menezes (1999), citado por Menino e Sousa (2010), este acontecimento representa um momento de extrema importância na vida familiar, conjugal e individual, que invoca oportunidades, mas também perigos, pois o casal tem de ajustar valores, desejos e o papel no sistema familiar quer enquanto indivíduos, quer enquanto casal e pais. Assim, o nascimento pode ser visto tanto como um momento de alegria e prazer, como um período de grande peso para a família.

Para muitos casais, assumir o papel de pais significa uma mudança radical nas suas vidas. Esta dificuldade pode relacionar-se com o stresse decorrente da aprendizagem de novos papéis, assim como os conflitos inerentes a estes. “Um fator de stresse é uma exigência colocada à família, que produz, ou tem o potencial de produzir, mudanças no sistema familiar” (McCubbin & McCubbin, 1993, citado por Hanson, 2005, p. 136).

O período de tempo que medeia entre a concepção e o parto, a que se designa por gravidez, tem sido descrito por vários autores como um processo de transição orientado para a resolução de tarefas psicossociais específicas (Canavarro, 2001; Conde & Figueiredo, 2007; Manning, 2008; Pires, 2005). Neste contexto, a transição para a parentalidade assume especial

relevo; de entre todas as transições que acompanham a nossa existência de adultos, o momento em que somos pais ou mães destaca-se de entre as demais: a sua irreversibilidade.

Embora todas as transições ditem mudanças na vida das pessoas e possam influenciar a sua saúde, tornar-se pai ou mãe reveste-se numa transição especialmente crítica, dada a perpetuação desse estatuto, a assunção de novos papéis e as implicações na responsabilidade não só no bem-estar dos próprios, como na promoção da saúde e desenvolvimento da criança (Bayle, 2005; Ferreira, Neves, Bernardes, Marques, & Leitão, 2008; Magalhães, 2011).

O casal, com o nascimento do primeiro filho, sobe um degrau na hierarquia geracional e torna-se prestador de cuidados, responsável pela proteção da geração mais nova, até então constituída por eles (Relvas, 1996; Relvas & Alarcão, 2002).

Citando Manning (2008), a parentalidade consiste num “processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis” (p. 522). São destacados os sentimentos de apego, sistemas de vinculação e conhecimento parental. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define a parentalidade como uma ação de tomar conta:

Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 66)

Assim se depreende a abrangência, complexidade e plasticidade do conceito de parentalidade, dado que as expectativas sociais para o papel de pai e mãe diferem interculturalmente.

A transição para a parentalidade é um processo de mudança centrado na reorganização familiar através da integração de papéis parentais e filial, surgindo, portanto, dois novos subsistemas. Nesta fase, a família abre-se ao exterior, buscando, nas famílias de origem e na comunidade, as principais fontes de suporte. Frequentemente recordam-se os acontecimentos experienciados na infância, aspeto que pode levar ao risco de disfuncionamento e conflitualidade (Martins, 2002; Relvas, 1996).

Para o sistema conjugal, criar uma família é fazer ajustamentos sucessivos. As falhas são inevitáveis e imprescindíveis à resolução e aprendizagem da tarefa socialmente exigida (Brazelton, 1991).

O nascimento de um filho torna ainda mais dinâmica a adaptação dos papéis parentais às diversas fases de desenvolvimento dos filhos. Tornar-se pais requer, não apenas a aprendizagem de cuidados mas, também, o desenvolvimento de sentimentos associados à paternidade e a capacidade de resolução de problemas relacionados com a parentalidade (Ferreira et al., 2008).

A transição da conjugalidade à parentalidade determina, portanto, alterações irrevogáveis na vida do casal, revelando-se num fulcro do processo evolutivo da família, dado o carácter irreversível que esta designação comporta (Lourenço & Afonso, 2008; Moura-Ramos & Canavarro, 2007). Por outro lado, está em constante mutação, cada estágio de desenvolvimento exige uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Conde & Figueiredo, 2008; Relvas & Lourenço, 2001). Uma conjugalidade percebida como positiva relaciona-se com níveis mais baixos de ansiedade maternal e paternal, resultando num ajustamento psicológico favorável à transição para a parentalidade (Figueiredo et al., 2008).

Relvas (1996) aborda o mito relacionado com a expectativa formulada pelo casal que o nascimento de um filho contribui para a resolução de problemas conjugais. Em sentido oposto, a parentalidade determina, com elevada frequência, uma redução dos momentos íntimos e da perceção de satisfação conjugal, devido, nomeadamente, ao decréscimo da atenção dedicada à sexualidade do casal (Houts, Barnett-Walker, Paley, & Cox, 2008; Knauth, 2001). O confronto das expectativas observadas e concorrentes resulta quer da assunção de um papel extremamente gratificante e, simultaneamente, de enorme responsabilidade, quer de sentimentos de culpabilidade, dúvidas, fadiga e ansiedade (Relvas, 1996).

Ao contrário da aquisição de outros papéis, a aprendizagem antecipatória da parentalidade só pode ser desenvolvida através da fantasia/imaginação, bem como da concetualização do modelo parental dos próprios pais (Relvas, 1996).

A parentalidade não é apenas o resultado de ser pai ou mãe, mas também da “parentalização” dos pais, isto é, “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, ou seja, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação” (Bayle, 2005, p. 322).

Neste sentido, o conceito de parentalidade pode, também, ser integrado numa abordagem mais abrangente, colocando a tónica no conjunto de funções desempenhadas por indivíduos que representam o papel temporário ou permanente de pais (Leal, 2005b). Aqui

podem incluir-se os avós, em determinados contextos, bem como as famílias “que não se encaixam na definição de família típica” (Relvas, 1996, p. 83), ou, melhor dizendo, quando a função parental não é desempenhada por um pai e uma mãe.

No processo de transição para a parentalidade, não chega ser progenitor, nem ser designado como pai para preencher todas as condições, é necessário “tornar-se pais”, o que se faz por meio de um processo complexo implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental (Lebovici, 2004, citado por Garcês, 2011). Assim, o processo de “se tornar mãe/pai” é uma transição reorganizadora que impõe um delicado e complexo trabalho psíquico, que vai além da função biológica da procriação. Esta experiência ocorre de maneira individualizada, dependendo da sua história, momento de vida e do contexto sociocultural no qual está inserido, pelo que se poderá revelar, tal como afirmamos, uma fonte de stresse, tanto pelas exigências da prestação de cuidados, como pelas mutações a nível individual, conjugal, sexual, familiar e profissional (Canavarro, 2001).

Vários investigadores se debruçaram sobre as questões da transição para a paternidade e maternidade, com maior ênfase para esta última, como seria espectável e espelhando o período de mudanças da gravidez centralizado na mulher. Neste âmbito, destacou-se a teoria da consecução do papel maternal proposta por Mercer em 1991 (Meighan, 2004).

A consecução do papel maternal designa, para Mercer (1986), um processo interativo durante o qual a mãe se liga ao seu filho, adquire competência nas tarefas de prestação de cuidados e demonstra prazer e satisfação no desempenho do papel. Através da definição e descrição do papel maternal e do processo de construção da identidade maternal, Mercer (1995) apresentou um conjunto de postulados baseados no estabelecimento da interação entre mãe e filho inscrita nos diversos sistemas ecológicos determinantes para a qualidade dessa relação. Assim, o microssistema refere-se à família, assumindo o pai especial importância para a consecução do papel maternal; o mesossistema abarca a família alargada e outras instituições sociais (religiosas, laborais, entre outras) próximas da mãe; e o macrossistema diz respeito às influências políticas e culturais.

Para Mercer, vários fatores relacionados com a mãe poderão influenciar o papel maternal: “a idade do primeiro parto, a experiência do parto, a primeira separação da criança, o *stress* social, o apoio social, os traços de personalidade, o autoconceito, posturas na educação da criança” (Meighan, 2004, p. 523). Os comportamentos do RN também condicionam a consecução do papel maternal.

Deste modo, tal como apresenta Mercer (1995), a consecução do papel maternal desenvolve-se nas dimensões biológica, psicológica e social, demonstra-se de etiologia

multifatorial para a obtenção de sucesso e constitui quatro fases: a antecipativa (adaptações psicossociais da gravidez), a formal (inicia-se com o nascimento da criança, incluindo as primeiras ações como desempenho do papel de mãe), a informal (progressivo ajustamento do papel ao seu estilo de vida único e pessoal) e a pessoal (interiorização e consonância interna com o papel de mãe e suas expectativas).

A identidade maternal reflete-se na etapa final do processo, quando a mãe revela uma harmonização interna entre o papel que desempenha e as suas expectativas, caracterizada pela envolvimento da mulher que adquire competência e exprime autoconfiança e prazer na execução do seu papel (Mercer, 2004; Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008). Esta identidade redefinida repercute-se em vantagens para o desenvolvimento da criança (Mercer, 1995).

Outros autores centraram a sua investigação nos processos da gravidez, parto e pós-parto entendidos como períodos críticos complexos do desenvolvimento e na identificação de tarefas implícitas (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Gomes, 2009; Manning, 2008; Portelinha, 2003; Silva & Figueiredo, 2005).

Salienta-se o trabalho de Colman e Colman (1994), que enfatizam a consecução de “tarefas psicológicas do ano da reprodução” (p. 175) para a construção da identidade parental. Estes salientam que o papel do pai não se confina ao suporte à mulher, dado que a sua experiência de paternidade expectante compreende transformações e adaptações psicossociais relevantes. Leal (2001) acrescenta que a “função materna (. . .) pode ser desempenhada igualmente por homens e mulheres” (p. 70).

Deste modo, os papéis numa relação conjugal e parental, já não se vinculam à identidade sexual ou de género, mas à condição humana e suas circunstâncias. Pressupõe a interdependência do casal através da partilha de prazeres, direitos, deveres, da cooperação na realização de tarefas, da competição, simbiose, complementaridade e reciprocidade que permitem o mútuo preenchimento das necessidades e desejos de cada um (Relvas & Alarcão, 2002; Robin & Lavarde, 2005). Os papéis familiares dizem respeito às funções familiares, no entanto, é importante reforçar a ideia que nem sempre haverá correspondência entre a personagem designada para assumir esse papel e quem o representa na novela familiar, face às variadas mutações que ocorrem atualmente na disposição de papéis nas novas famílias.

A mudança no papel dos géneros, das práticas e das concepções sobre a vida familiar, bem como da forma de encarar a sexualidade, a diminuição das taxas de matrimónio e de natalidade e o aumento do divórcio, a ambiguidade nos papéis parentais, o aumento da autonomia, liberdade individual e a alteração do estatuto das mulheres, entre outros

fenómenos em evolução, resultaram em transformações marcadas da infraestrutura tradicional da família, que outrora serviu de base à educação, criação e identidade dos seus membros (Guedes, Carvalho, Pires, & Canavarro, 2011; Hanson, 2005; Lopes & Fernandes, 2005; Relvas & Alarcão, 2002). Os pais estão a tornar-se mais participativos, mesmo que a maioria das famílias se continuem a enquadrar no modelo tradicional (Carmo, 2009; Gomez, 2005; Mendes & Coelho, 2012).

A partilha do papel parental pode provocar sentimentos de ciúme e competição entre o pai e a mãe face aos cuidados à criança, que Brazelton (1991, 1992) considera saudáveis, pelo que é crucial que o próprio casal tenha consciência disso.

Nesta abordagem ao casal, compete ao EESMO adaptar-se às novas conceções parentais, onde pai e mãe desempenham papéis complementares no cuidado à criança, devendo incluir o pai nas consultas sempre que seja possível (Gomez, 2005). Paralelamente a isso, deve fomentar a assunção dos papéis parentais através do reforço positivo dos cuidados adequados que exercem, bem como através da demonstração de alguns cuidados e comportamentos característicos da etapa de desenvolvimento da criança (Vieira et al., 2008).

À semelhança dos autores referidos, Kitzinger (1995) aborda o ajustamento dos pais à gravidez e ao nascimento, remetendo para a dificuldade do desempenho deste papel, tendo essencialmente a mãe de se confrontar com a possibilidade de perda de identidade, de independência e de liberdade.

Canavarro (2001) descreve dimensões semelhantes às de Colman e Colman (1994), inscritas temporalmente à medida que decorrem as transformações físicas, embora de forma não linear, designadas de tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério. A adaptação à maternidade traduz a capacidade para superar este conjunto de tarefas, “fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o seu próprio desenvolvimento pessoal” (Canavarro, 2001, p. 45).

Para a compreensão da transição para a parentalidade, Canavarro e Pedrosa (2005) expuseram quatro grelhas de análise teóricas distintas:

- Vinculação – considera o fulcro da parentalidade como a construção da relação entre a figura parental e o bebé, carente de segurança;
- Perspetiva ecológica – reconhece a integração de diversos sistemas (individuais, familiares, sociais) no comportamento e relações humanas;
- Perspetiva desenvolvimentista – analisa a parentalidade como uma transição desenvolvimental orientada para a resolução de tarefas específicas;

- Abordagem baseada na teoria de stresse e mudança – baseia o processo de parentalidade como a adaptação à crise e adoção de estratégias de *coping* adequadas.

Sob a perspectiva da vinculação, Sá e Biscaia (2004) referem-nos que a gravidez (logo, a transição para a parentalidade) “inicia-se muito antes da mãe estar, de facto, grávida” (p. 15), salientando períodos sensíveis para a vinculação que decorreram da sua investigação: “a revelação da gravidez; a audição dos ruídos cardíacos fetais; a primeira ecografia obstétrica; os movimentos fetais” (p. 16).

Em suma, não obstante a ocorrência de inquestionáveis transições fisiológicas comportadas pela gravidez, parto e puerpério, consubstanciam-se nesta fase alterações do foro pessoal e psicossocial. A interação entre a extensão biológica e psicológica é profundamente mediada por sistemas de crenças e valores e representações sociais (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Corbett, 2008a; Gomes, 2009; Portelinha, 2003; Relvas & Lourenço, 2001).

Perante estes pressupostos, as alterações ocorridas na família contemporânea exigem que os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, se expandam para além da abordagem tradicional, numa perspectiva mais abrangente e integrada da família, promovendo a parentalidade positiva (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010; Lopes & Dixe, 2012). Ajudar a tríade a vivenciar de forma mais ajustada esta transição para a parentalidade, irá ter repercussões positivas a vários níveis e em posteriores fases do ciclo de vida familiar.

O ENP foi desenvolvido atendendo particularmente a estes pressupostos, tendendo para uma intervenção global especialmente dirigida à mulher/casal/família nos períodos pré-natal, durante o trabalho de parto e no puerpério, nos quais nos propusemos a direccionar o foco de atenção principal para a promoção da vinculação precoce, entendida como uma das mais relevantes abordagens da transição e adaptação à parentalidade, bem como um dos seus requisitos primordiais (Canavarro & Pedrosa, 2005).

2. Contextualização e Caracterização das Unidades de Cuidados

O conhecimento dos diversos pressupostos teóricos constitui um auxílio poderoso para a prática. Toda e qualquer prestação de cuidados de enfermagem tem subjacente um ou mais modelos teóricos que orientam, com maior ou menor grau de consciência, o pensamento e a atividade de cada profissional. Os modelos atrás referidos guiaram as nossas práticas, que tiveram por base uma amálgama de várias teorias, diferindo consoante a intenção com que interagimos com a pessoa alvo dos nossos cuidados, bem como o contexto em que nos inserimos.

Além da caracterização das unidades de cuidados onde se efetivou o ENP, este enquadramento contextual pretendeu apresentar uma cuidada análise da situação, da qual emergiu um diagnóstico de necessidades pessoais, profissionais e da instituição, incluindo os utentes/famílias/comunidade servida pela mesma, no sentido de determinar as prioridades e possibilidades de intervenção, dando continuidade ao projeto elaborado anteriormente. Boutinet (1996) aborda a necessidade de uma “análise suficientemente cerrada da situação, análise que deve ter por função principal, para lá de um reconhecimento do terreno, identificar as oportunidades existentes” (p. 261).

Para enriquecer esta análise, oportunamente empreendemos, em cada local de estágio, um conjunto de estratégias no sentido de efetuar um diagnóstico de necessidades conciso, tais como: entrevistas informais com a equipa pedagógica e enfermeira chefe, partilha de ideias e reflexão em grupo com a equipa de enfermagem do serviço, auscultação das perceções de alguns utentes, consulta dos protocolos, programas e projetos implementados. Estas ações foram associadas à observação direta das práticas, à reflexão pessoal e à análise das nossas pretensões e necessidades individuais.

Relativamente às áreas de conhecimento e competência a desenvolver (necessidades pessoais), podemos identificar:

- Aprofundamento e integração de conhecimentos e saberes na prestação de cuidados especializados na área da saúde sexual e reprodutiva/saúde materna e obstetrícia a jovens, mulheres, grávidas, parturientes, puérperas, casais, RN e famílias;
- Desenvolvimento de competências metodológicas/científicas, técnicas/instrumentais, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados na área da saúde sexual e

reprodutiva/saúde materna e obstetrícia a jovens, mulheres, grávidas, parturientes, puérperas, casais, RN e famílias;

- Aperfeiçoamento de aptidões no domínio crítico-reflexivo no âmbito da prestação de cuidados especializados, gestão, formação e investigação, com vista a uma maior capacitação na tomada de decisão;

- Desenvolvimento de competências na promoção da saúde pré, peri e pós-natal, nomeadamente através do recurso a modelos de educação para a saúde baseados nos modos de trabalho pedagógico dos tipos incitativo e apropriativo (Lesne, 1977).

Para a consecução destes intentos, elegemos os contextos hospitalares de sala de partos e serviço de patologia materno-fetal e unidades em cuidados de saúde primários.

Nesta contextualização, interessa-nos, também, caraterizar as diferentes unidades relativamente aos modelos de gestão e prestação de cuidados. A organização dos cuidados de enfermagem pode desenvolver-se segundo quatro modelos: o modelo sensível e criativo das práticas (profissionais que revelam compaixão pelos utentes nalgumas situações), o modelo transpessoal de humanidade (relação enfermeiro-utente centrada no corpo-vivido da pessoa, cuidando com sensibilidade e afetividade), o modelo de rotinas das práticas (a relação interpessoal é desvalorizada em detrimento dos procedimentos rotinizados) e o modelo de exercício de poder sobre o corpo-vivido doente (profissionais que não atendem aos princípios éticos básicos, agindo com desrespeito pela dignidade e autodeterminação da pessoa) (Lima, 2010).

O modelo transpessoal de humanidade corresponde, indubitavelmente, ao que mais se adequa à prestação de cuidados do enfermeiro, quer seja de cuidados gerais ou especialista. A relação interpessoal constitui o fulcro do exercício profissional da Enfermagem.

Seguidamente, apresentaremos a caraterização dos três contextos de estágio onde decorreu este ENP: serviço de bloco de partos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), serviço de obstetrícia do Hospital de Braga (unidade de patologia materno-fetal) e Unidade de Saúde Familiar (USF) Dallém D'Ave. A abordagem de cada um dos contextos será acompanhada pela respetiva identificação de necessidades, prioridades e possibilidades de intervenção. Estes conteúdos serão assinalados conforme ocorreram cronologicamente.

2.1. Bloco de Partos da ULSAM

A seleção do serviço de bloco de partos constituiu-se a decisão mais óbvia e necessariamente obrigatória, pela exigência de um domínio aprofundado de conhecimentos e

competências, uma tolerância considerável ao stress, níveis elevados de sensibilidade e responsabilidade e um *saber fazer* consolidado. Apesar de os mecanismos do parto/nascimento terem uma base fisiológica, a vigilância e intervenção do EESMO contribuem largamente para a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, aspeto que maximiza a importância da atuação do EESMO neste contexto. Para além disso, serviu para dar cumprimento legal para o título de enfermeira especialista, cujos requisitos incluem procedimentos e vigilâncias que só podem ser executados na sala de partos, como é o caso da realização de partos eutócicos, prestação de cuidados a RN, parturientes e puérperas com e sem risco acrescido, prática de episiotomia e de sutura e participação ativa em partos de apresentação pélvica.

Deste modo, dada a complexidade das intervenções neste âmbito, justificou-se o planeamento de um maior período de tempo, de cerca de 20 semanas, para a realização de estágio no bloco de partos. Este período ficou compreendido entre 20 de maio e 6 de outubro de 2013.

Objetivando a maximização de experiências diversificadas e a tomada de consciência de diferentes modelos de prestação de cuidados, de atitudes ou de estratégias da parte dos EESMO, neste estágio referente ao bloco de partos acompanhamos duas enfermeiras tutoras, tal como havíamos solicitado. A observação de vários peritos e de práticas diversificadas proporcionou uma maior reflexão que beneficiou a moldagem da nossa identidade profissional.

A ULSAM foi criada oficialmente em 2008 e constitui a instituição de saúde de referência da região do Alto Minho, quer em cuidados de saúde primários quer em cuidados diferenciados e continuados, agregando o Centro Hospitalar do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (EPE), bem como os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo e duas unidades de cuidados continuados de convalescença. O Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, engloba duas unidades hospitalares: Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo) e Hospital Conde de Bertiandos (Ponte de Lima) (ULSAM, EPE, s.d.).

Servindo uma área territorial de 2,213 Km² e uma população residente aproximada de um quarto de um milhão de pessoas segundo o Instituto Nacional de Estatística, 2007, citado por ULSAM, EPE, 2014, a ULSAM abarca os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

A missão da ULSAM passa pela:

Identificação das necessidades de saúde da população da sua área de abrangência e a resposta compreensiva e integrada dessas necessidades, através da prestação de cuidados de saúde, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos (ULSAM, EPE, s.d.).

A ULSAM apresenta como visão elevar a instituição a modelo de referência para outras unidades prestadoras de cuidados de saúde, através de uma prestação de cuidados organizada, integrada e compreensível (ULSAM, EPE, s.d.).

A população que a ULSAM serve apresenta uma taxa de analfabetismo superior à média nacional e da registada na região norte; por outro lado, estes mesmos residentes possuem um indicador de poder de compra inferior aos valores verificados a nível nacional e da região norte (ULSAM, EPE, 2012).

Entre as várias especialidades médico-cirúrgicas que detém, a ULSAM disponibiliza 77 camas para o departamento da mulher e da criança (ULSAM, EPE, s.d.), distribuídas pelos serviços de gravidez de risco, ginecologia, bloco de partos, puerpério e pediatria. Disponibiliza, ainda, consultas de gravidez de risco e de ginecologia, atendimentos no serviço de urgência obstétrica, diagnóstico pré-natal, consultas de infertilidade e de interrupção voluntária de gravidez (ULSAM, EPE, 2012).

Os últimos dados disponíveis, referentes a 2013, reportam um total de 1513 nascimentos assistidos durante esse ano. Relativamente à percentagem de partos por cesariana, situou-se em 2013 nos 29,94%, registando-se uma tendência para a redução nesta taxa desde 2010, pelo que se verifica uma aproximação à meta contratualizada em contrato-programa (de 29%) (ULSAM, EPE, 2013); ainda assim, considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que situa a taxa de cesarianas aceitável entre os 10 e os 15% (Chaillet, et al., 2007), estes valores mantêm-se elevados, à semelhança do que se tem verificado noutras unidades hospitalares do país (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012).

A ULSAM comporta todos os serviços de saúde materna e obstetrícia no mesmo piso. O serviço de bloco de partos disponibiliza um total de cinco unidades de parto individuais (ULSAM, EPE, 2012) devidamente equipadas para o prosseguimento dos estádios de dilatação (sobretudo fases ativa e latente), expulsão/nascimento, dequite e recuperação imediata. Dispõe, também, de uma sala de relaxamento, bem como da possibilidade de escolha de vários métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, como a massagem, a livre movimentação, a bola de parto, técnicas respiratórias ou musicoterapia.

Como unidade de saúde aderente à iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés”, a ULSAM adotou uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, preconizando o alojamento conjunto e promovendo a facilitação do início do aleitamento durante a primeira meia hora de vida do RN.

Um outro projeto diligenciado pelo serviço de obstetrícia da ULSAM traduz-se nas designadas “Conversas com Grávidas”, que constituem sessões de promoção da saúde orientadas por profissionais de saúde peritos em saúde materna e obstetrícia dirigidos a grávidas/casais/família, que facultam informações e esclarecimentos sobre os mais diversos temas e que primam pela aproximação dos utentes aos cuidados hospitalares.

A consulta do manual de integração para enfermeiros no serviço de obstetrícia da ULSAM concedeu um apoio importante à compreensão do funcionamento do serviço, abrangendo os aspetos relacionados com os recursos, metodologia de trabalho, normas e procedimentos. Para além disso, tanto a observação e participação nas práticas como as entrevistas informais realizadas com a enfermeira-chefe, enfermeiras tutoras e com a equipa de enfermagem revelaram-se importantes contributos para a identificação de necessidades e possibilidades de intervenção no serviço, a par da identificação do fluxograma do utente e a consulta e análise dos protocolos. Assim, as parturientes provêm da consulta externa, do serviço de urgência ou do internamento de gravidez de risco; daqui são encaminhadas para o serviço de puerpério, exceto nas situações de patologia grave ou não controlada. Os RN são orientados juntamente com as mães para o serviço de puerpério ou, nas situações de maior risco, para o serviço de neonatologia.

A prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de gravidez de risco e bloco de partos é assegurada unicamente por especialistas em saúde materna e obstétrica, que se encontram organizadas por equipas que assumem a prestação de cuidados em cada turno. O facto de cada equipa conter um ou dois elementos com vários anos de experiência profissional constitui uma mais-valia para a gestão de casos eventualmente mais complexos. De igual modo, a organização por equipas favorece a gestão do stresse e o espírito de equipa entre os enfermeiros, numa perspetiva de valorização dos pontos fortes e entreaajuda nos pontos mais frágeis de cada um, sem abdicar de um modelo de prestação de cuidados humanista e holístico e de método de trabalho individual.

Relativamente à dinâmica da organização dos cuidados de enfermagem, pelo que observamos da prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de bloco de partos e gravidez de risco, consideramos que primavam pela relação enfermeiro-utente centrada no

corpo-vivido da pessoa, cuidando com sensibilidade e afetividade, adotando o modelo transpessoal de humanidade (Lima, 2010).

O serviço de obstetrícia da ULSAM disponibiliza ainda uma vasta equipa de médicos obstetras, que asseguram apoio contínuo aos serviços de urgência obstétrica/ginecológica, bem como às unidades de internamento. Para além destes, encontram-se à chamada 24 horas por dia médicos anestesistas e pediatras, por forma a garantir uma assistência especializada quer às parturientes que desejem efetuar analgesia por via epidural, quer aos RN que apresentem maior grau de risco e, por sua vez, maior vigilância e acompanhamento.

Esta instituição compreende ainda uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, para onde são encaminhados os RN com necessidade de cuidados mais especializados. No entanto, as situações que careçam de maior gravidade são encaminhadas para o Hospital de Braga.

2.2. Unidade de Patologia Materno-Fetal do Hospital de Braga

Ao contrário dos serviços de bloco de partos e puerpério, cujos internamentos não ditam necessariamente um desvio da função orgânica considerada normal, neste caso, surge uma patologia que incrementa o grau de ansiedade e stresse da mulher/casal/família, já de si elevado relativamente aos níveis basais devido à fase de transição que se encontram a atravessar. Por este motivo, planeamos voltar a este contexto durante 4 a 5 semanas, com o desígnio de obter uma visão mais abrangente das especificidades da unidade de cuidados e intervir ativamente no apoio, vigilância, educação e promoção de competências parentais na grávida/casal.

O serviço de patologia materno-fetal ou gravidez de risco constitui um local por excelência para o desempenho de funções pelo EESMO, na medida em que a ele recorrem grávidas cujo processo de gravidez, interrupção da gravidez ou trabalho de parto (ameaçado ou não) necessitam de cuidados especiais. Embora nesta unidade de cuidados muitas das intervenções levadas a cabo pelo EESMO sejam interdependentes, são requeridas competências no juízo clínico e na destreza na integração do conhecimento científico, para além da exigência de uma dimensão interpessoal e educacional autónoma relevante e que deve ser valorizada.

A seleção do Hospital de Braga para o cumprimento destes intentos foi considerada por se tratar de um hospital de referência a nível regional para as situações de mais elevado risco materno-infantil. Além disso, consideramos uma mais-valia tomar contacto com outras

instituições nesta área, contribuindo para uma maior reflexão acerca das práticas realizadas bem como para incrementar as capacidades de flexibilidade e adaptação a diferentes formas de funcionamento, de pensamento, de articulação e de trabalho em equipa.

As instalações do novo Hospital de Braga, desenvolvido no âmbito de uma Parceria Público-Privada, foram inauguradas em 2011, substituindo a estrutura do Hospital São Marcos, cuja história data de mais de cinco séculos. Serve uma população de cerca de 1,2 milhões de pessoas provenientes de toda a região do Minho, seja como referência de primeira linha (concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde) ou como referência de segunda linha (área remanescente da região), dependendo das especialidades médicas e cirúrgicas consideradas (Hospital de Braga, s. d.).

A missão do Hospital de Braga determina o primado do utente e inclui a prestação de cuidados de saúde no âmbito do serviço de urgência, dos cuidados paliativos, da promoção da saúde e prevenção da doença, no apoio ao ensino e à investigação científica, pretendendo assumir-se como hospital de ensino universitário. Ambicionando anunciar-se como unidade hospitalar de referência para o Sistema Nacional de Saúde, o Hospital de Braga descreve a sua visão como uma integração de três níveis: a qualidade das práticas, a satisfação dos utentes, colaboradores e comunidade e a sustentabilidade económica e financeira (Hospital de Braga).

As instalações físicas que o Hospital de Braga apresenta foram delineadas e construídas para corresponder especificamente às suas necessidades, disponibilizando aos seus utentes uma melhor acessibilidade à unidade de saúde, um circuito próprio distinto do dos profissionais por todo o hospital e um sistema de segurança complexo e ajustado.

O período de permanência no serviço de obstetrícia do Hospital de Braga situou-se entre 14 de outubro e 10 de novembro de 2013.

O serviço de obstetrícia do Hospital de Braga encontra-se organizado em várias alas condizentes com os vários edifícios que o compõe. Assim, à parte do bloco de partos e contíguo a este, apresentam-se as alas B e C, correspondendo a primeira à prestação de cuidados a puérperas consideradas de baixo risco e a segunda ao apoio simultâneo a grávidas e puérperas avaliadas como apresentando um grau de risco médio ou elevado. Cada uma destas unidades (alas B e C) dispõe de uma equipa de enfermagem completamente distinta: na ala B exercem funções enfermeiros generalistas, enquanto o grupo de enfermeiros afetos à ala C constitui-se apenas de EESMO. Por sua vez, os EESMO da ala B e bloco de partos permutam entre si a intervalos temporais determinados.

Assim, este período de estágio foi realizado na unidade de patologia materno-fetal da Ala de Obstetrícia C.

A integração nesta unidade foi empreendida através da visita às instalações, da consulta e análise das normas e protocolos vigentes e de entrevistas informais com a enfermeira tutora e a enfermeira-chefe do serviço de obstetrícia.

O serviço possibilita a presença de um acompanhante significativo da puérpera 24 horas por dia. Esta oportunidade, na generalidade usufruída pelo pai do RN e companheiro da puérpera, representa um contributo extremamente relevante não só para o bem-estar materno como da tríade, promovendo a interação e vinculação precoce.

Se, por um lado, a oferta de quartos individuais e a permissão para a permanência de um acompanhante privilegia a intimidade e privacidade do casal/tríade, a disposição da unidade de cuidados, desprovida de salas comuns ou de convívio para os utentes provoca o fechamento dos casais em si mesmo.

Relativamente à análise da filosofia e dinâmica de organização dos cuidados de enfermagem, considero que a maioria das profissionais que exerce funções neste serviço rege-se pelo modelo transpessoal de humanidade (Lima, 2010): não há rotinas previamente estabelecidas rigidamente para cada turno (salvo raras exceções), os cuidados são prestados à medida das necessidades das mulheres/grávidas/puérperas/RN/casais e é dada uma resposta adequada e sensível a estas necessidades.

A unidade de patologia materno-fetal compreende uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte, para além dos EESMO, médicos obstetras que realizam avaliações diárias ou com maior frequência, conforme a necessidade das grávidas internadas. Verificamos que o acompanhamento médico das grávidas de risco era determinado conforme a patologia associada, pelo que os obstetras se organizavam por equipas constituídas por elementos peritos em determinadas áreas específicas, como a endocrinologia, a genética ou o diagnóstico pré-natal.

As grávidas em trabalho de parto eram encaminhadas ao bloco de partos quando se encontravam na fase ativa, após a avaliação pelo EESMO e/ou do obstetra. O EESMO efetuava o acompanhamento presencial da parturiente e convivente significativo, garantindo a continuidade de cuidados e a transmissão da informação adequada.

2.3. USF Dallém D'Ave

Para o regresso aos cuidados de saúde primários, planeamos cumprir um estágio de cerca de oito semanas, devido à abrangência da intervenção do EESMO nesta área. Este período pretendeu dar resposta à Diretiva Comunitária n.º 36/2005/CEE, 2005, almejando, em

simultâneo, o desenvolvimento de competências relacionais e pedagógicas inerentes às consultas de enfermagem.

A proposta para a concretização desta fração do ENP na Unidade de Saúde Familiar Dallém D' Ave (USFDA) enquadrou-se no domínio que as USF detêm na realização das consultas de vigilância pré-natal, pelo que consideramos uma mais-valia o ensejo de desenvolver competências neste contexto. Neste sentido, planeamos o desenvolvimento de projetos mediante o diagnóstico de necessidades a estabelecer, visando contribuir para melhorar a intervenção em todo o ciclo reprodutivo da mulher/casal/família, sem descurar a promoção da saúde sexual.

O período adstrito a esta componente do ENP estendeu-se entre 11 de novembro de 2013 e 19 de janeiro de 2014 na USFDA e na UCC D. Maria II, no sentido de obtermos a possibilidade, nesta última unidade de saúde, de participarmos no projeto da área da saúde materna e obstétrica que empreendem, o Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

A USFDA encontra-se integrada no Agrupamento de Centros de Saúde Ave III, de Vila Nova de Famalicão, cuja sede se localiza em Delães, no mesmo edifício que a USFDA. Possuindo autonomia de gestão técnica, assistencial e funcional, característica de todas as USF, a USFDA iniciou as suas funções em 1 de julho de 2011 (Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte, 2011). A sua área de influência corresponde às freguesias de Delães, Bairro, Carreira, Riba D'Ave, Oliveira de São Mateus e Oliveira de Santa Maria, num total de 12695 utentes inscritos no final de 2012 (Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte, 2012).

A missão da USFDA assenta na “promoção da saúde, na prestação de cuidados de saúde globais, humanizados, eficientes, equitativos e de qualidade a toda a população inscrita, garantindo desta forma a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos mesmos” (USF Dallém D' Ave, 2011a, p. 10). Esta unidade apresenta como visão a prestação de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características da população-alvo, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais (USF Dallém D' Ave, 2011b).

A equipa médica e de enfermagem, exclusivamente do sexo feminino, constitui-se por seis elementos de cada categoria profissional. Duas das seis enfermeiras que prestam funções na USFDA são EESMO, cujo horário instituído assegura a assistência especializada diariamente das 8 às 20 horas. A estratégia adotada para a vigilância pré-natal consistia em reunir a enfermeira de família com uma das EESMO, sendo que as consultas eram orientadas

por ambas. Assim, a prestação de cuidados à mulher/casal/família por parte da enfermeira de família não era descontinuada durante a gravidez, mantendo-se esta atualizada das ocorrências de saúde durante este período e podendo fornecer um apoio mais próximo à mulher/casal/família, fruto do melhor conhecimento e relação que detém com eles. Por outro lado, a atenção especializada não era descurada, privilegiando-se quer a vigilância do bem-estar materno-fetal, quer a promoção da saúde.

Pontualmente, enfermeiras generalistas assistiam mulheres grávidas, nomeadamente nos períodos de férias de uma das EESMO ou em consultas abertas ou não programadas. A necessidade de adquirir competências e conhecimentos na área da vigilância pré-natal foi sentida e mesmo verbalizada quer por estas enfermeiras, quer pela equipa médica, alegando não dominar com a profundidade adequada as alterações e novas diretrizes emanadas recentemente. Esta possibilidade de intervenção representou uma das nossas maiores prioridades ao longo deste estágio, pelo que encetamos diligências no sentido de dar resposta a esta necessidade identificada.

A par das consultas de vigilância pré-natal, consideramos prioritário integrar a participação da EESMO que acompanhou a gravidez nas consultas subsequentes ao parto: consultas de saúde infantil no primeiro mês de vida e consulta durante e de revisão do puerpério.

Relativamente aos modelos de gestão e prestação de cuidados, consideramos que, tal como nas unidades descritas anteriormente, a equipa de enfermagem age conforme o modelo transpessoal de humanidade, salvaguardando e respeitando o corpo-vivido do utente, a sua dignidade, capacidade de escolha e autodeterminação.

II Parte

Do Planeamento à Ação: o Caminho Percorrido e as Atividades Desenvolvidas

A implementação do ENP, dividido entre os serviços de bloco de partos, internamento de obstetrícia (unidade de patologia materno-fetal) e cuidados de saúde primários visou a aquisição dos objetivos explanados anteriormente, que contemplam a integração de conhecimentos facilitadores do juízo e tomada de decisão em situações de elevada complexidade, as competências comunicacionais, os contributos para o desenvolvimento profissional, para a investigação e gestão, a busca pela excelência no cuidar, a promoção da saúde do cliente num cuidado em parceria, o diagnóstico de necessidades de intervenção e a prevenção de complicações, a promoção da parentalidade e do autocuidado, o contributo nos modelos de organização dos cuidados de enfermagem e a divulgação do trabalho de investigação empreendido.

Os cuidados de enfermagem à pessoa pautaram-se pela promoção da saúde, prevenção da doença e facilitação dos seus processos de readaptação psicológica e funcional; “procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 11), bem como pela promoção de uma prática legal, ética e profissional, tendo sempre em mente as categorias de enunciados descritivos de qualidade da atividade profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, bem como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, ambos os documentos emanados da OE, fornecem orientações de fulcral importância para o EESMO, ao assumirem-se como matrizes modeladoras da qualidade do exercício profissional em Enfermagem nesta área (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Deste modo, partindo do objetivo: desenvolver e demonstrar competências gerais e específicas e evidenciar qualidade nos cuidados especializados, procuramos seguir uma metodologia baseada nestes conceitos centrais (competência e qualidade), ao longo de um plano de ação no qual se cruzaram objetivos e estratégias bem definidas com expectativas individuais.

Este planeamento foi permeável às especificidades dos diferentes contextos e integrou a seleção dos meios e das técnicas necessárias à sua execução, assim como objetivos, atividades, estratégias e indicadores de avaliação. Do conjunto de atividades delineadas, a pesquisa científica acompanhou transversalmente todas as etapas da operacionalização do ENP.

Em cada contexto, delineamos como objetivo específico: integrar a equipa de enfermagem e multidisciplinar da unidade de cuidados. Esta integração em cada serviço foi conseguida através da implementação de um conjunto de estratégias, nomeadamente a consulta e análise dos protocolos e normas em vigor na unidade de cuidados, a análise metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e da filosofia e dinâmica de organização dos cuidados, a avaliação das necessidades do serviço através da observação e participação nas práticas e as entrevistas informais com enfermeira-chefe, enfermeiras tutoras e apreciação global da equipa de enfermagem. A análise destas atividades foram essenciais para a elaboração do diagnóstico da situação, pelo que foram referenciadas no capítulo anterior.

Assim, o processo de integração foi célere e facilitado por todos os elementos da equipa multidisciplinar em cada unidade de cuidados, dando azo ao desenvolvimento de competências através da possibilidade de acompanhamento das situações mais complexas ou pouco frequentes, bem como à discussão em grupo acerca de planos de cuidados que suscitavam mais dúvidas.

Segue-se a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio partindo dos objetivos equacionados e adaptando-os ao diagnóstico de situação realizado, focando a nossa análise essencialmente no domínio da prestação de cuidados.

A apresentação das áreas de atuação seguirá a ordem cronológica da sua efetivação e procurará explorar os objetivos, as estratégias de intervenção, a população-alvo/destinatários, os intervenientes, e particularmente, a sua avaliação subjetiva, considerando os pressupostos subjacentes.

A avaliação de cada atividade planeada constituiu um dos aspetos mais valorizados ao longo do ENP, tendo-se recorrido à realização de “diários de bordo” com o intuito de facilitar a melhoria contínua e adequar as estratégias utilizadas em cada momento.

Assim, a avaliação das atividades aqui exposta basear-se-á na introspeção contínua acerca da nossa atuação, da reflexão com a equipa pedagógica, bem como, sempre que possível, da apreciação dos utentes face aos cuidados prestados.

1. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e na Comunidade durante o Trabalho de Parto

A presente atividade corresponde à intervenção dirigida à mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto. As unidades de competência do EESMO para a assistência no trabalho de parto incluem: a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do RN à vida extrauterina; o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN; e a prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os cuidados prestados no serviço de bloco de partos constituíram um local por excelência para o desenvolvimento destas aptidões, já que se destina à vigilância e promoção da saúde da mulher e do feto/RN (acrescentaríamos da saúde do homem/pai/companheiro) ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto. Assim, os destinatários da nossa intervenção constituíram as parturientes/puérperas, companheiros(as) ou conviventes significativos e RN.

Deste modo, a responsabilidade associada à assistência no trabalho de parto, bem como o conjunto de competências científicas e técnicas inerentes a esta função, coloca os EESMO que exercem funções nestas unidades de cuidados num patamar de exigência elevado. O estágio no bloco de partos afigurou-se, por este motivo, como um marco para nós, na medida em que, conscientes dos potenciais riscos, complicações ou maus desfechos, nos sentimos apreensivos quanto à complexidade que pode envolver o trabalho de parto. Por outro lado, o ensejo de nos sentirmos como parte integrante e facilitadora de um momento tão importante para as famílias como o processo do nascimento enaltece-nos enquanto aspirantes a EESMO, proporcionando um misto de inquietação, inibição, entusiasmo e euforia resultantes de níveis de produção elevada de adrenalina.

Neste sentido, consideramos que este estado de espírito, condizente com os graus de complexidade e insegurança percebidos de antemão para esta etapa, conjeturou algumas dificuldades que se vieram a constatar nas primeiras semanas de estágio. Estes constrangimentos, sobretudo ligados ao contexto, dificultaram uma breve integração à unidade, levando à demanda de esforços conjuntos com as enfermeiras tutoras no sentido de facilitar esse processo. Superadas estas dificuldades que assinalaram as semanas iniciais do ENP, houve espaço para uma evolução gradual significativa quer ao nível do desembaraço, autonomia e iniciativa, bem como na forma como nos dirigíamos à mulher/homem/casal,

conseguindo estabelecer relações interpessoais marcadas pela confiança, motivação e empatia. Assim, a resolução célere desta situação conduziu a uma espécie de emancipação que desbloqueou o nosso corpo-estudante e motivou a (trans)formação pessoal e profissional.

Debruçar-nos-emos, em seguida, à análise crítica dos objetivos específicos delimitados para esta componente do estágio.

Desenvolver competências no juízo clínico e na tomada de decisão com base nas etapas do Processo de Enfermagem

Os processos de tomada de decisão tiveram em conta as diversas etapas do Processo de Enfermagem: a apreciação inicial, o estabelecimento de prioridades, a formulação dos diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções adequadas à parturiente/família, seguida da respetiva execução e avaliação, revisão e atualização do plano de cuidados (Lefevre, 2010), utilizando linguagem classificada baseada na CIPE através do aplicativo informático SAPE.

A avaliação inicial da parturiente revelou-se numa condição particularmente relevante para a elaboração do plano de cuidados, dada a curta duração dos internamentos no serviço de bloco de partos e ao facto de a proveniência de grande parte das mulheres consistir no serviço de urgência. Sabendo que o trabalho de parto e o nascimento representam acontecimentos centrais na vida da parturiente/convivente significativo, e potencialmente geradores de elevados níveis de stresse, pelo que uma intervenção individualizada e ajustada às necessidades demonstrou-se determinante para uma vivência o mais agradável e salutar possível.

Realizamos a entrevista de colheita de dados num local que assegurasse a privacidade à parturiente/convivente significativo, dando primazia às questões abertas e à transmissão de informações pertinentes e esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir, valorizando os comportamentos não mencionados oralmente (Phaneuf, 2005). Assim, a entrevista de avaliação inicial constituiu uma oportunidade única para conhecermos aquela pessoa e família, os seus receios e ambições, expectativas e desejos relativamente ao peri e pós-parto.

A ideia da construção individual de um plano de parto formal por cada parturiente não estava difundida neste contexto institucional e geográfico, no entanto, tivemos sempre a preocupação de questionar a mulher no que concerne a este assunto, tentando, em cada situação, corresponder às expectativas enunciadas.

Atendendo à linguagem não-verbal expressa pela parturiente, identificamos precocemente estados de maior tensão, descontrolo emocional e/ou perceção de dor. Constatamos que uma percentagem considerável de parturientes que recorreram a este serviço não havia frequentado qualquer curso de preparação para o parto e/ou parentalidade e revelaram desconhecimento e dificuldades no controlo da dor, exigindo ensino, instrução e treino dos vários tipos respiratórios e outras estratégias de alívio do desconforto. Deste modo, privilegiamos, em primeiro plano, a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor e, quando estas não eram eficazes e sob solicitação/anuência da parturiente, recorreu-se à analgesia medicamentosa.

Consolidamos o registo da formulação dos diagnósticos e planeamento das intervenções com base nas informações recolhidas e utilizando o padrão de documentação do SAPE, orientado pela CIPE, tendo-nos empenhado na individualização do plano de cuidados.

As situações inesperadas ou em contexto de urgência que vivenciamos facultaram uma evolução significativa ao nível da capacidade de tomada de decisão e estabelecimento de prioridades de intervenção, superando os obstáculos percecionados inicialmente e inerentes à complexidade destes momentos, potencialmente geradores de entraves à mobilização dos conhecimentos teóricos durante a ação.

A avaliação, revisão e atualização do plano de cuidados, utilizando linguagem classificada através do SAPE, primou-se pela análise crítica e reflexiva na adequação do plano de cuidados a cada parturiente e por uma transmissão de todas as informações pertinentes de forma fiel e objetiva. Apesar deste sistema informático oferecer bastantes limitações à análise global e espelhada por cada parturiente, optou-se, sempre que pertinente, por acrescentar notas ou comentários relevantes.

Desenvolver competências científicas, sensório-emocionais e instrumentais na avaliação dos fatores essenciais no trabalho de parto e nos cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto

A prestação de cuidados à parturiente/puérpera/casal/convivente significativo pautou-se pelo empenho no desenvolvimento e demonstração de competências científicas, cognitivas, éticas, instrumentais, relacionais e sensório-emocionais na interação com a pessoa, procurando salvaguardar a vigilância materno-fetal, a evolução do trabalho de parto e o apoio emocional à mulher e companheiro(a), capacitando-os para o autocontrolo, autoconfiança e autodeterminação.

Uma vez que “cada grávida traz para o parto um somatório de experiências psicológicas e sociais além das fisiológicas” (Mexia, 2009, p. 39), o atendimento à parturiente pautou-se por um cuidado holístico e humanizado.

Os cuidados prestados à parturiente durante a fase de dilatação incluíram a monitorização de sinais vitais, a vigilância do padrão das contrações uterinas, da eliminação, do posicionamento e desconforto, da integridade das membranas, das condições do colo uterino e estado emocional. A avaliação do bem-estar fetal implica a apreciação da apresentação e posição fetal, a frequência cardíaca fetal e a identificação de padrões tranquilizadores, suspeitos ou patológicos. A par desta avaliação, foi prestado um cuidado contínuo e global à parturiente/convivente significativo, respondendo às suas necessidades emocionais, de informação e de conforto (Lowdermilk, 2008c).

A intervenção neste contexto procurou ir de encontro às recomendações da OMS para a assistência ao parto normal, evitando o conjunto de condutas consideradas prejudiciais, ineficazes, utilizadas de forma inapropriada ou inadequada (Department of Reproductive Health & Research, 1996).

As manobras de Leopold constituíram um ótimo adjuvante para a identificação do foco fetal, bem como para o reconhecimento da situação, apresentação e variedade fetal.

A cardiocotografia intraparto constitui-se uma das ferramentas mais utilizadas e privilegiadas para aceder à monitorização do bem-estar fetal e à contratilidade uterina. No entanto, em condições de baixo risco e sobretudo durante a fase latente do trabalho de parto, não optamos pela monitorização contínua, por provocar desconforto e limitar a mobilização, condicionando maiores índices de fadiga percebidos pela parturiente.

As habilidades na interpretação de traçados de cardiocotografia foram desenvolvidas através da observação e análise destes e permanente recurso às bases teóricas, uma vez que consideramos que uma correta avaliação se reveste de alguma complexidade. Tivemos em atenção a identificação e interpretação correta da linha de base e a variabilidade da frequência cardíaca fetal, bem como a presença ou ausência de acelerações e desacelerações desta, relacionando-a com a interpretação com fatores de risco ou patológicos conhecidos, como foi o caso de restrições de crescimento intrauterino, fetos de baixo peso, trabalhos de parto pré-termo, parturientes fumadoras ou diabéticas. As discussões em equipa relativamente aos traçados que ofereciam mais dúvidas constituíram-se uma mais-valia para a nossa reflexão e aquisição de competências.

Ao nível da avaliação da contratilidade uterina, identificamos a frequência, intensidade, amplitude e duração das contrações. Aliada à percepção da parturiente, esta

monitorização é essencial durante a fase de dilatação, contribuindo para a deteção de sinais de risco, tais como o sofrimento fetal agudo, a hipertonia ou a hipersistolia, possibilitando uma atuação rápida e eficaz.

Ao longo da prestação de cuidados durante a fase de dilatação, mobilizamos estratégias para avaliar corretamente os fatores essenciais no trabalho de parto (feto, canal de parto, contrações uterinas, posição da mãe e reações psicológicas da mãe), desenvolvendo, assim, a aquisição de competências sensório-emocionais e instrumentais. Nesta medida, a realização de exames vaginais, a par da respetiva avaliação e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, constituíram intervenções fulcrais para a monitorização da progressão do trabalho de parto.

O registo da progressão do trabalho de parto no partograma foi privilegiado, contribuindo para a sua avaliação objetiva, bem como para a continuidade na prestação de cuidados entre a equipa de saúde e para a uniformização da linguagem utilizada.

Tivemos algumas situações em que, no decorrer da fase de dilatação e mesmo durante o período expulsivo, no seio da equipa multidisciplinar – e após decisão médica – optou-se por recorrer a uma cesariana de urgência. As razões foram diversas: sofrimento fetal agudo, cardiotocografia suspeita ou patológica (bradicardia fetal, taquicardia fetal, desacelerações mistas ou prolongadas, padrão sinusoidal), distócia da dilatação, ausência de progressão fetal, rutura uterina e incompatibilidade feto-pélvica. Neste âmbito, revela-se de primordial importância a deteção precoce do risco materno-fetal, pelo que esta competência foi aprimorada ao longo do estágio.

A propósito do parto distócico, além da participação ativa em vários partos por ventosa, tivemos a oportunidade de assistir e acompanhar o circuito de uma parturiente submetida a cesariana de emergência durante toda a permanência no bloco operatório, aspeto que enriqueceu a nossa experiência e, simultaneamente, contribuiu para a gestão emocional da parturiente, uma vez que a havíamos acolhido e assistido desde a entrada no bloco de partos.

A participação num parto eutócico de apresentação pélvica logo nas primeiras semanas do ENP constituiu-se, igualmente, uma excelente oportunidade, na medida em que acompanhamos a situação da parturiente desde o momento de admissão no serviço de urgência até ao puerpério.

A execução do parto eutócico representou momentos de grande responsabilidade e emoção. Realizamos 43 partos, constituindo-se cada um deles uma experiência única, tendo em conta o progresso da descida da apresentação fetal, as condições da estrutura pélvica, a avaliação do bem-estar materno-fetal e a identificação de potenciais complicações.

Perante a necessidade de nos descentralizarmos da sequência de atividades a executar para acompanhar o período expulsivo, fomos adquirindo a capacidade de abordar a parturiente, comunicando-lhe da evolução do parto e orientando-a quando aos puxos dirigidos, reservando momentos de descanso no intervalo das contrações e recorrendo aos reforços positivos.

Face a algumas situações de circulares cervicais justas, efetuamos a laqueação prévia do cordão umbilical de forma resoluta e mantendo a serenidade. Já as situações de distócia de ombros revelaram-se de um nível de exigência elevado, fazendo recurso à realização da manobra de McRoberts para o desencravamento do ombro anterior, o que solucionou estas ocorrências.

Quando a apresentação fetal aflorava a vulva, privilegiamos a promoção da proteção do períneo, evitando lacerações e traumatismos nos tecidos. A avaliação da necessidade de episiotomia foi outra competência adquirida ao longo do ENP, bem como a própria realização da técnica, conforme orientação emanada pela OMS (Department of Reproductive Health & Research, 1996).

Relativamente à realização da episiorrafia e à correção de lacerações perineais de primeiro e segundo graus, também desenvolvemos competências instrumentais, incluindo a identificação dos diferentes planos a serem suturados, com vista a preservar a anatomia do períneo e garantir a funcionalidade sexual, obstétrica e vesical.

Após a prestação de cuidados no período expulsivo, e salvaguardando os aspetos relativos à vigilância e adaptação do RN à vida extrauterina, bem como ao estabelecimento de contacto precoce pele a pele, procurámos obter o *feedback* da parturiente acerca do nascimento, congratulando sempre o casal pelo acontecimento.

Na fase de dequitação, fomos capazes de identificar os sinais de descolamento da placenta, avaliar o seu mecanismo de saída, caracterizá-la, avaliar o cordão umbilical, as membranas (córion e âmnios) e a integridade da placenta.

Desenvolvemos competências relativas à vigilância hemodinâmica da puérpera, como a análise dos sinais vitais, confirmação da formação do globo de segurança de Pinard e a avaliação da perda sanguínea. Estas intervenções foram acompanhadas pela respetiva educação para a saúde, promovendo a autovigilância da puérpera.

Contribuir para uma assistência humanizada ao parto, tendo em conta as necessidades da parturiente

A assistência humanizada ao parto constituiu uma preocupação essencial, pelo que a implementamos através da promoção de um ambiente acolhedor e relaxante, do estabelecimento da relação terapêutica para apoio, aconselhamento e promoção da saúde da parturiente, da otimização do relaxamento e controlo da dor da parturiente e da integração do convivente significativo na prestação de cuidados.

Tivemos em conta que o EESMO deve ter a consciência que as:

Especificidades dos aspetos socioculturais de ajuda e *coping* atuam como um agente defensor ou protetor da mulher ou do casal durante o trabalho de parto. A qualidade da relação enfermeiro-utente é um fator que interfere na capacidade da mulher lidar com os fatores geradores de stresse do trabalho de parto” (Lowdermilk, 2008c, p. 474).

O estabelecimento de uma relação terapêutica capaz de conquistar a confiança da parturiente e torná-la na figura central do seu trabalho de parto representa, indubitavelmente, uma condição essencial à obtenção da excelência no cuidar de Enfermagem na sala de partos. Neste sentido, encaramos a pessoa como parceira nos cuidados, coresponsabilizando-a pela promoção da sua saúde e vivência positiva da experiência do parto, valorizando a sua tomada de decisão consciente e sustentada em informação válida. Também primamos pela integração do convivente significativo na prestação de cuidados, o que favoreceu o estabelecimento de uma verdadeira parceria harmoniosa no processo de cuidar, potenciando o apoio disponibilizado à parturiente e promovendo uma progressiva consciencialização das suas tarefas e uma vivência positiva da experiência do parto.

Assim, também as competências éticas foram desenvolvidas, salvaguardando sempre o respeito pela autonomia, autodeterminação, privacidade e intimidade e o direito à verdade, à informação e à prestação de cuidados especializados, sensíveis e humanizados. Em todos os contactos com a parturiente/convivente significativo, demos resposta às suas necessidades de conhecimento e habilidades, realizando intervenções de educação para a saúde pertinentes e adequadas, almejando sempre a capacitação e a participação ativa da mulher neste processo tão marcante que corresponde ao seu trabalho de parto.

Face à perceção de dor, foram empreendidas medidas de suporte ajustadas. Podemos considerar as componentes emocional e sensorial da dor, uma vez que é geralmente um fator gerador de medo e inquietação na grávida (Lowdermilk, 2008b). Para o alívio do desconforto no trabalho de parto, foram executadas intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas,

consoante o estágio do trabalho de parto, as necessidades e as motivações/desejos da parturiente, oferecendo-lhe um conjunto de medidas de controlo face às suas expectativas e escolhas. Assim, além da informação acerca dos tipos respiratórios, utilizamos outras estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como o posicionamento/liberdade de movimentos, a bola de pilates, a massagem, o toque, a musicoterapia, a imaginação guiada e a inclusão do convivente significativo neste processo.

Cuidar a tríade, promovendo a vinculação precoce

Facilmente concluímos que o cumprimento de um conjunto de intervenções que promovam a vinculação precoce do RN e o *bonding* parental nos diversos estádios do trabalho de parto insere-se num panorama mais vasto de promoção da saúde. Ao facilitarmos a interação precoce pais-filho e a adaptação do RN à vida extrauterina estamos concomitantemente a prestar cuidados humanizados e individualizados à família, favorecendo a sua união e desenvolvimento salutar.

Assim, promover a vinculação precoce na sala de partos passa também por ampliar o nosso foco de atenção enquanto EESMO, contribuindo para que a experiência do parto se assuma para os pais como um acontecimento inesquecivelmente positivo para as suas vidas, na medida em que o período sensível para a vinculação (tal como vários autores designaram) pode ser maximizado mesmo em contexto hospitalar, o que trará repercussões notórias na transição para a parentalidade, no fortalecimento da aliança conjugal e no desenvolvimento físico e psicológico do bebé.

Em contexto de sala de partos, a promoção da vinculação precoce entre a tríade iniciou-se na admissão da parturiente/casal, ao avaliarmos subjetivamente a relação que apresentam com o seu filho ainda *in útero*. Neste momento, foram interpretados os conhecimentos que detém acerca das competências fetais e vinculação e foram fornecidas informações acerca de algumas estratégias adotadas pela equipa de saúde que favorecem a construção ou consolidação do vínculo logo após o nascimento, tais como a promoção do contacto precoce pele a pele mãe-RN, o aleitamento materno na primeira hora de vida, bem como a importância da estimulação tátil, visual e auditiva.

Assim, asseguramos um ambiente calmo e acolhedor, garantindo a privacidade do casal. A presença do pai, sem ter sido imposta, foi, em grande medida, incentivada, assegurando condições para a sua permanência.

O atendimento à parturiente/casal foi pautado, em todas as fases do trabalho de parto, pela estimulação do *bonding* parental. Durante a prestação de cuidados, atendemos ao controlo do ambiente (nomeadamente através da luminosidade suave e da diminuição dos ruídos), à estimulação da participação ativa do pai no apoio à mulher em trabalho de parto (quando presente) e ao favorecimento de uma abordagem amistosa, inspiradora de confiança e boa-disposição.

Ao longo da progressão do trabalho de parto, à medida que a relação interpessoal com a parturiente/convivente significativo se ia fortificando, tentamos valorizar a participação do pai em todo o processo, à medida que os questionávamos acerca das expectativas que tinham relativamente ao nascimento.

À educação para a saúde empreendida para fomentar nos pais a aquisição de conhecimentos que abrissem alas para o desenvolvimento da interação precoce, acrescentamos as devidas explicações acerca dos procedimentos comumente realizados após o nascimento da criança. Neste contexto, questionávamos antecipadamente os pais se gostariam de efetuar o corte do cordão umbilical, se se pudesse proporcionar essa hipótese; esta possibilidade era oferecida a ambos os pais, partindo deles a decisão. Para além da investigação científica recente apontar o corte do cordão umbilical como favorecedor do envolvimento emocional paterno, consideramos que ambos (pais e mães) podem beneficiar desta prática, pelo simbolismo em que é envolto.

Após o período expulsivo, foi promovido o contacto precoce pele a pele com a mãe e correspondido às preferências dos pais no que concernia ao corte do cordão umbilical. Incentivamos os pais à expressão emocional espontânea para com o RN, motivando-os a tocarem-lhe, beijarem-lhe, acariciarem-lhe, olhar-lhe nos olhos, falar-lhe e pegar-lhe. Relembramos os pais que o RN vê, ouve, sente e que possui competências inatas para a interação, que se acalma sobre o ventre materno porque reconhece os seus batimentos cardíacos, a sua voz e o seu cheiro e que, muito provavelmente, também reconhecerá a voz do pai. Fomentamos o início do aleitamento materno o mais precocemente possível, dando tempo e espaço ao RN para se adaptar à vida extrauterina e para se deslocar autonomamente em direção ao seio materno (*breast crawl*), pelo que tentamos intervir de forma mínima na sua busca, auxiliando-o apenas na melhor posição para uma pega eficaz.

Na fase de recuperação ou puerpério imediato, foi colocada a tónica na facilitação da vinculação precoce e potenciação de competências parentais, não só através da promoção do aleitamento materno como da realização de educação para a saúde à puérpera/convivente significativo acerca das situações relacionadas com o puerpério e cuidados ao RN.

Sem nunca descurar a vigilância materna e do RN, e assim que restabelecido o equilíbrio hemodinâmico e tecidual materno, proporcionamos momentos de privacidade ao casal, atribuindo responsabilidades ao pai no auxílio à amamentação, e mantendo, no entanto, uma disponibilidade total para o apoio à tríade. Aquando da prestação de cuidados diretos ao RN, como limpar suavemente, colocar a fralda e vestir, providenciamos condições para que fosse o pai a exercer essa tarefa, aproximando-o do seu bebé e convidando-o para a interação.

A promoção da vinculação precoce constituiu um tema central do ENP, pelo que será desenvolvido com maior detalhe adiante neste relatório.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/otimização à vida extrauterina

O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na otimização da adaptação à vida extrauterina representou um objetivo distinto mas sempre interligado aos restantes, visto não se dever, nem poder, dissociar a díade/tríade.

Ao longo deste estágio tivemos a oportunidade de avaliar a vitalidade do RN monitorizando o índice de Apgar, promover a permeabilidade das vias aéreas superiores e avaliar sinais de dificuldade respiratória ou outro comprometimento no RN em todas as situações cujos partos foram realizados ou assistidos por nós. A prestação de cuidados ao RN requer do enfermeiro elevada sensibilidade e competências ao nível cognitivo, técnico e sensório-emocional, que procuramos desenvolver ao longo deste estágio com sucesso.

Desenvolvemos igualmente o juízo crítico na identificação de situações de maior risco perinatal que careciam de observação médica, pelo que diligenciamos oportunamente esse encaminhamento.

Durante a prestação de cuidados ao RN optamos por maximizar a participação do convivente significativo (geralmente o pai), fazendo-nos sempre acompanhar da respetiva justificação e explicação dos procedimentos. Todas as atividades foram executadas primando pelo toque sensível e evitação das perdas de calor.

O início do aleitamento materno na primeira hora de vida foi concretizado em todas as situações de pós-parto por via vaginal, e, na maioria das situações, durante a primeira meia hora de vida do RN, assim como a promoção do *breast crawl*. Promovemos o aleitamento materno e realizamos a educação para a saúde correspondente, observando e auxiliando nos

sinais de pega correta do RN à medida que avaliávamos a eficácia e coordenação dos reflexos de sucção e deglutição.

2. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e na Comunidade durante o internamento em Patologia Materno-Fetal e na Admissão/Urgência em situações de Patologia Obstétrica e Ginecológica

Esta atividade deu resposta ao objetivo geral: prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e na comunidade durante o internamento em patologia materno-fetal e na admissão ou serviço de urgência em situações de patologia obstétrica e ginecológica.

As unidades de competência do EESMO para a assistência no período pré-natal incluem as seguintes abordagens à mulher grávida ou em situação de abortamento: a promoção da saúde da mulher; o diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher; prestação de cuidados à mulher facultando a sua adaptação. O EESMO responsabiliza-se, igualmente, por cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Focar-nos-emos nos objetivos específicos definidos para esta atividade.

Desenvolver competências científicas, relacionais, sensório-emocionais e instrumentais nos cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida/família, com patologia materna e/ou fetal, em contexto hospitalar

Para a generalidade das mulheres, a gravidez representa uma vivência normal do ciclo de vida, não interferindo negativamente com a sua saúde e culminando com o nascimento de um filho saudável. No entanto, existem algumas situações que exigem o internamento da mulher grávida para uma maior vigilância e, desta forma, assegurar que não haja prejuízo para a saúde materna e fetal. Num contexto de internamento durante a gravidez, o EESMO apresenta uma dupla função pedagógica/educacional: além da educação para a saúde, promoção da transição para a parentalidade e preparação para o parto requeridos em todas as situações, junta-se a necessidade de promover a adaptação da mulher ao seu processo de transição de saúde/doença, informando-a das características da patologia e cuidados específicos a ter em conta. Corbett (2008b) fala-nos da amplitude destes cuidados de enfermagem:

Embora existam necessidades individuais relacionadas com as situações pré-existentes, estas mulheres experienciam os mesmos sentimentos, necessidades e

preocupações que estão associados a uma gravidez normal. O principal objetivo dos cuidados de enfermagem é o de atingir os melhores resultados para a mãe e para o feto (p. 708).

Desta forma, promovemos uma efetiva relação de ajuda para com a grávida/família, uma vez que estas situações cursam com elevados níveis de ansiedade que, em última instância, podem comprometer desde o processo de transição para a parentalidade e o desenvolvimento da vinculação até ao equilíbrio psicológico e emocional do casal e à própria relação conjugal.

As situações vivenciadas neste contexto foram muito diversas sob o ponto de vista da patologia ou motivo de internamento: ameaça/trabalho de parto pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnios, rotura prematura de membranas, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, pré-eclâmpsia, patologia renal, infeções na gravidez (infeções do trato urinário, corioamnionite), gravidez desvitalizada e interrupção médica da gravidez. Embora não se possam incluir na patologia materno-fetal, também prestamos cuidados a grávidas que se encontravam no início de trabalho de parto ou em processo de indução do trabalho de parto, como no risco de gravidez tardia.

O facto desta componente do estágio se ter inserido posteriormente a um longo período de permanência numa unidade de sala de partos, ainda que tenha ocorrido noutra instituição, contribuiu terminantemente para a adoção de uma postura de maior motivação, autonomia, confiança e espírito crítico da nossa parte. Assim, embora algumas situações com que nos deparamos neste contexto tenham sido semelhantes a casos conhecidos anteriormente em contexto de trabalho de parto, houve uma preocupação constante em agir melhor, adaptando o nosso planeamento de cuidados às especificidades do contexto e das clientes/famílias alvo da nossa atenção, proporcionando, também, cuidados com características mais diferenciadas pela presença de maior risco ou patologia.

A realização do acolhimento da mulher/convivente significativo pautou-se pela facilitação de um ambiente harmonioso, garantindo a sua privacidade e confidencialidade. Para além dos parâmetros de colheita de dados constantes no instrumento utilizado pelo serviço, empenhamo-nos em efetuar uma abordagem global com a mulher no sentido de obter todos os dados relevantes para uma prestação de cuidados individualizada e ajustada às suas necessidades, num clima informal e não inquisidor que abrisse espaço à expressão de medos e dúvidas que pudessem ser prontamente esclarecidas. Atribuímos primazia à educação para a saúde adequada às necessidades da grávida/convivente significativo com vista à satisfação do autocuidado, direcionada para o estágio da gravidez e patologia associada, incluindo aspetos

relacionados com o plano de parto, a amamentação e a vinculação. Neste momento de crise vivenciado pelo casal agravado pela situação de internamento, uma das nossas estratégias de intervenção consistiu em estimular a grávida/casal a desenvolver e a readaptar os papéis de cônjuges e de futuros pais, privilegiando o estabelecimento de uma relação terapêutica e o apoio psicológico e emocional à grávida/mulher/casal/família.

No caso de grávidas com alguma patologia ou fator de risco foi dada atenção à análise das especificidades da patologia e da situação particular, objetivando a elaboração de um plano de cuidados fiel e coerente às reais carências da pessoa. Atendendo ao stress que induz à mulher a alteração das suas rotinas e a adaptação a um ambiente concomitantemente estranho e perturbador pela maior probabilidade de alguma intercorrência desfavorável, constituiu, portanto, nosso intento, estabelecer relações interpessoais promotoras do bem-estar e equilíbrio psicológico e facilitadoras da capacitação desta para a tomada de decisão e transição para a parentalidade.

A interpretação de traçados de cardiocotografia em situações de risco materno-fetal constituiu outra vertente aperfeiçoada ao longo deste estágio.

Um pensamento que se deteve na nossa intervenção foi dirigido às grávidas cuja patologia exigia um período de internamento mais prolongado. Referimo-nos especialmente às grávidas que tinham indicação para cumprir repouso absoluto no leito, que, tal como constatamos, era o caso de várias mulheres. Analisando as suas necessidades de cuidados de enfermagem especializados, julgamos que seria mais relevante e iria mais de encontro às suas verdadeiras necessidades se repensássemos as estratégias de promoção da saúde e melhorássemos as atividades lúdicas (para uma oferta mais diversificada para além da televisão) de que dispõem do que a mera preocupação em monitorizar sinais vitais ou pesquisar a presença de contrações. Empreendemos uma abordagem global a estas grávidas/família, dinamizando o que se assemelharam a sessões de preparação para a parentalidade. Este aspeto constituiu um dos nossos maiores desafios neste contexto: superarmo-nos enquanto prestadores de cuidados diferenciados, demarcando-nos deste rótulo e fornecer cuidados assistenciais verdadeiramente amplos e ajustados.

A promoção da vinculação precoce foi privilegiada em todos os contactos com a mulher/casal quer no período pré-natal quer no puerpério, incitando o envolvimento ambos os pais na interação com o feto ou RN.

Na abordagem à grávida/casal, nomeadamente durante o exame físico, abordávamos-lhes em que estágio do desenvolvimento sensorial e motor se encontrava o feto, salientando as

suas capacidades interativas e a possibilidade deles aprenderem a conhecer o seu filho mesmo antes do nascimento. Na admissão e acompanhamento das grávidas de termo ou em início de trabalho de parto, discutimos em conjunto com o casal os aspetos facilitadores da vinculação precoce aquando do nascimento, referindo as competências do RN e o processo de adaptação à vida extrauterina para, desta forma, os capacitar para a seleção das melhores estratégias.

Para além desta abordagem pré-natal, tivemos o ensejo de prestar cuidados a puérperas/RN/casais/famílias que havíamos conhecido durante a gravidez, o que facilitou a assistência global numa perspetiva de continuidade de cuidados. De facto, as grávidas que haviam estado neste serviço quer por patologia materno-fetal ou concomitante voltavam como puérperas. Apesar de o objetivo deste período se centrar na patologia materno-fetal e assistência durante a gravidez, selecionamos estas e outras situações no pós-parto mais complexas ou incomuns para ampliar a nossa gama de experiências e aprimoramento de competências. Desta forma, outras habilidades relativas à prestação de cuidados à puérpera e RN foram aprofundadas.

Os casos mais difíceis de gerir do ponto de vista emocional reportaram-se à assistência a mulheres a vivenciarem processos de abortamento ou interrupção médica da gravidez por malformações fetais. De facto, nestas circunstâncias foi exigido, mais do que o recurso às palavras de conforto, a oferta da nossa disponibilidade, o controlo efetivo da dor, a minimização de técnicas invasivas, a garantia de privacidade e de escolha do acompanhante e até o silêncio, em determinados momentos, representou uma ajuda significativa na superação deste problema, para além do recurso e articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo uma efetiva continuidade de cuidados.

Relativamente às competências instrumentais, desenvolvemos competências na execução do exame vaginal, sobretudo no que concerne a mulheres em ausência de trabalho de parto ou durante processos de abortamento.

Simultaneamente à execução do toque vaginal, tivemos oportunidade de administrar medicação indutora da contratilidade uterina e/ou da expulsão do saco gestacional por via vaginal ou intra-cervical, promovendo uma maior destreza manual e integração da esquematização mental da anatomia do aparelho genital feminino. Estes procedimentos foram pautados pelo toque sensível e pela transmissão de informações acerca do fármaco.

No atendimento à mulher que se encontrava em processo de abortamento ou interrupção terapêutica da gravidez, para além de uma atenção humanizada acima descrita, os cuidados incluíram a vigilância hemodinâmica da mulher, a identificação e controlo de efeitos secundários (como a dor, os vómitos ou a febre) da medicação instituída, a vigilância da

expulsão dos produtos de concepção ou do feto e encaminhamento adequado e o despiste de atonia uterina ou hemorragia não controlada.

A efetiva continuidade de cuidados foi assegurada através dos registos efetuados no sistema informático *Glinnt*, bem como aquando das passagens de turno.

Assim, este estágio proporcionou-nos o aperfeiçoamento de conhecimentos, competências e atitudes na área do cuidar especializado à grávida em situação de risco ou patologia associada, à puérpera/mulher e família que vivenciam um desfecho desfavorável da gravidez. Dentre estas habilidades consideramos que as competências relacionais foram as que mais se destacaram, embora não descurando a importância de todas as outras aptidões. A par disso, considero que estas competências são as mais difíceis de alcançar, uma vez que exige de nós uma enorme disponibilidade, sensibilidade e envolvimento pessoal, um sentido de altruísmo que confere benefícios a uma relação que se deseja que seja de ajuda.

Desenvolver competências humanas, técnicas e científicas no planeamento da alta da grávida/mulher da unidade de Patologia Materno-Fetal

O internamento é sempre uma fonte de tensão para a mulher/família. No entanto, o regresso a casa demonstra-se igualmente numa fonte de ansiedade e, como tal, é importante que a mulher/convivente significativo sejam esclarecidos e que toda a informação transmitida acerca da situação clínica seja assimilada, prevenindo complicações e assegurando a continuidade dos cuidados.

A educação para a saúde revela-se num método fundamental do cuidado integral à pessoa, objetivando dotar as pessoas de competências que lhes permitam tomar as melhores opções em prol da manutenção da sua saúde em todas as suas vertentes (Onega & Devers, 2008).

A atribuição da alta de uma grávida do serviço de patologia materno-fetal não é sinónima de termo da condição de risco acrescido de complicações para esta mulher. Além do score obtido na escala de avaliação do risco de Goodwin modificada poder orientar-nos quanto à diferenciação e especificidade dos cuidados que a grávida necessita, sabemos que o período que resta da gravidez será vivido pelo casal com maior grau de insegurança, e que a condição patológica pode reaparecer ou agravar. Aliás, verifica-se uma taxa elevada de reinternamentos durante a gravidez devido à replicação de uma ocorrência (como por exemplo a ameaça de parto pré-termo) ou agudização de uma patologia pré-existente ou já

diagnosticada (do foro renal, metabólico, entre outros), o que coloca o planeamento da alta num patamar de elevada exigência para o EESMO, que assume primordial importância neste contexto.

O instrumento de colheita de dados revelou-se num documento precioso não só para o planeamento dos cuidados como para a preparação da alta. Assim, desde a admissão, foram identificadas as necessidades em conhecimento ou habilidades na mulher/convivente significativo e perspectivada a educação para a saúde correspondente a empreender, nomeadamente no que diz respeito ao autocuidado, sono e repouso, alimentação, eliminação, sexualidade, sinais de alerta para a deteção de possíveis complicações e concernentes à patologia de base que motivou o internamento. Durante estes momentos, foi privilegiada a inclusão do companheiro(a) e/ou família, com a intenção de maximizar a integração das informações transmitidas, bem como garantir a compreensão da mulher.

Associamos estas intervenções de educação para a saúde à respetiva verificação da aquisição dos conhecimentos e demonstração de competências e habilidades na mulher/convivente significativo alvo dos nossos cuidados. Ao averiguarmos a eficácia das nossas intervenções, fomos capazes de reformular o plano de cuidados, pelo que estes procedimentos foram acompanhados pelos respetivos registos objetivos, fiéis e personalizados, potenciando a continuidade de cuidados e o planeamento da alta.

Desenvolver competências na avaliação, intervenção e encaminhamento de situações da mulher/convivente significativo no serviço de admissão/urgência obstétrica e ginecológica

O acolhimento da mulher surge como um cuidado fundamental na prática de enfermagem, cuja política deve assentar numa ação contínua, permanente e evolutiva. A atitude de quem realiza a admissão deverá ser cautelosa e de disponibilidade, uma vez que a mulher e a família, nesta altura, vivenciam um período de maior fragilidade e sensibilidade. É da responsabilidade do EESMO admitir a mulher/convivente significativo de forma a tornar a experiência do urgência e/ou internamento o mais positiva e gratificante possível.

Várias foram as situações rastreadas e diligenciadas por nós, incluindo situações emergentes que exigiram um estabelecimento de prioridades de intervenção célere e em interação com a equipa multidisciplinar. Referimo-nos, essencialmente, às hemorragias na gravidez e à conduta no parto iminente.

Desta forma, desempenhamos intervenções direcionadas para a seleção, realização e avaliação de ações autônomas e interdependentes nos casos de patologia obstétrica e ginecológica que surgiram, como a avaliação cardiotocográfica, monitorização de parâmetros, entrevista de acolhimento, colaboração com a equipa médica em ecografias obstétricas e educação para a saúde dirigida à mulher.

Neste contexto, a população alvo dos nossos cuidados constitui-se por mulheres fora do período fértil, o que impôs da nossa parte uma adequação da abordagem face à idade e ao nível de compreensão da pessoa. Assim, embora esporadicamente, prestamos cuidados a mulheres no climatério e idosas, cujos motivos de consulta de urgência incluíram metrorragias ou infeções ginecológicas; nestes casos, atendemos à promoção da saúde e ao aconselhamento sexual à mulher e/ou casal, sem descurar a garantia da intimidade e da privacidade.

Houve a oportunidade de realizarmos a devida articulação com outras unidades de internamento, nomeadamente para encaminhamento de situações de risco materno-fetal.

3. Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Mulher inserida na Família e na Comunidade no âmbito do Planeamento Familiar, durante os Períodos Pré-Concepcional, Pré-Natal, Pós-Natal e Climatério, e a vivenciar Processos de Saúde/Doença Ginecológica

A atividade supramencionada pretendeu dar resposta ao terceiro objetivo geral, formulado a partir do perfil de competências do EESMO: prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, do puerpério e climatério, e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Esta proposição mais ampla imbuída nos cuidados na comunidade pretendeu abarcar o atendimento de enfermagem especializado em saúde sexual e reprodutiva nos cuidados de saúde primários, e surge a partir do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, do qual fazem parte as competências supramencionadas relativas aos períodos específicos da vida da mulher, bem como o cuidado ao “grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8662).

Deste modo, as unidades de cuidados de saúde primários constituem locais por excelência para a intervenção do EESMO junto de toda a comunidade, promovendo a saúde da mulher e família ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo. Assim, para promovermos a saúde das famílias revelou-se necessário antecipar os cuidados necessários à mulher, ao RN e à família na área da saúde sexual e reprodutiva da comunidade, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença e a facilitação de processos de (re)adaptação e transição.

Em suma, o EESMO deverá ser encarado pela comunidade como um elemento chave na promoção da saúde da mulher e do homem em todas as questões relacionadas com o aparelho reprodutor, sexualidade, planeamento familiar e parentalidade. Deste modo, no âmbito dos cuidados de saúde primários, o EESMO desempenha um papel determinante quer como supervisor dos cuidados prestados à mulher/família pelos enfermeiros de família, quer como recurso especializado no seio da equipa multidisciplinar.

Esta atividade foi realizada de 11 de novembro de 2013 a 19 de janeiro de 2014 na USF Dallém D’Ave (USFDA) e em parceria com a UCC D. Maria II, unidades constituintes do Agrupamento de Centros de Saúde de Vila Nova de Famalicão. Os destinatários da mesma

incluíram os adolescentes/jovens/casais/mulheres/grávidas/puérperas e suas famílias inscritas na USFDA, bem como o conjunto de grávidas/casais/famílias acompanhados pela UCC D. Maria II, através da frequência no Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

A USFDA apresenta projetos especificamente dirigidos para a saúde sexual e reprodutiva, constantes na carteira básica de serviços. Deste modo, a prestação de cuidados à mulher durante todo o seu ciclo de vida é concretizada pelas respetivas enfermeiras de família através das consultas de saúde juvenil, planeamento familiar, climatério e rastreio oncológico. Já os programas referentes à vigilância pré-natal e visitação domiciliária à puérpera e RN realizam-se em parceria entre as enfermeiras de família e as EESMO da USFDA (consultas realizadas em conjunto).

Relativamente à UCC D. Maria II, apresenta como área de influência todo o concelho de Vila Nova de Famalicão, pelo que todas as grávidas inscritas na USFDA são encaminhadas para esta unidade para a realização do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e educacionais no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional

O planeamento familiar contribui para a melhoria da saúde e do bem-estar da família, preparando o casal para uma parentalidade consciente, através da regulação da fecundidade consoante o seu desejo (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008). O papel do EESMO é fundamental no acompanhamento das mulheres/casais que recorram a estas consultas, de forma a poderem desfrutar de uma vida sexual segura, plena e livre de medos e preconceitos. Realçamos, assim, a intervenção especializada na promoção da saúde sexual na população em idade reprodutiva, contribuindo para uma vivência saudável e responsável.

Para além das atividades de aconselhamento sexual e controlo da conceção, as consultas de planeamento familiar também deverão incluir outras intervenções direcionadas para a promoção da saúde, de acordo com os princípios preconizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2008), abrangendo a “prevenção e diagnóstico precoce das ITS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas” (p. 5).

As consultas realizadas abarcaram jovens e mulheres durante todo o período fértil e de diversos estratos sociais, já que a população inscrita na USFDA caracteriza-se pela sua mediana ruralidade. Promover a literacia em saúde e hábitos de vida saudáveis em pessoas

com défice intelectual ou de compreensão exigiu que empreendêssemos um cuidado redobrado quer ao nível da vigilância, quer ao nível da adequação da linguagem e da criação de parcerias com o utente, bem como no estabelecimento de metas para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Salientamos as consultas dirigidas a adolescentes (sexos feminino e masculino), pela sua exigência na garantia da privacidade, no apoio na decisão esclarecida acerca dos métodos contraceptivos para prevenir uma gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

No âmbito das consultas de planeamento familiar tivemos a possibilidade de intervir junto das mulheres acerca da preparação e promoção da parentalidade responsável, a realização de educação para a saúde adequada às necessidades da mulher/casal, a disponibilização de informação acerca da prevenção das ITS, a promoção do rastreio e autoexame da mama e testículo e rastreio do cancro do colo do útero (através da sua realização), o fornecimento e aconselhamento dos métodos contraceptivos, a estimulação da vivência da sexualidade de uma forma segura, responsável e gratificante e a educação para hábitos de vida saudáveis, conforme as orientações da DGS. Salvaguardamos o despiste de situações de risco e resolução ou encaminhamento respetivo, nomeadamente nas situações de incorreta utilização dos métodos contraceptivos e recurso à contraceção de emergência.

De realçar, ainda, a realização de citologias cérvico-vaginais a mulheres desde jovens adultas a idosas, o que concorreu para o desenvolvimento de competências técnicas e de competências científicas na avaliação e interpretação dos órgãos genitais externos, das células do endocolo e exocolo, bem como da integridade da vagina e orifício cervical externo. Nesta interação com o corpo-exposto, sem descurar a importância deste toque íntimo e instrumental (Lima, 2010), procuramos adotar um toque afetivo em simultâneo com um olhar sensível e uma escuta ativa (Mercadier, 2004), promotores do conforto e dignidade da pessoa.

Os cuidados no período pré concecional revelaram-se fundamentais para a redução e controlo do risco de complicações durante a gravidez, parto e puerpério, contribuindo para a diminuição da morbi-mortalidade materna, perinatal e infantil. Deste modo, antecipar o risco passa sobretudo pela avaliação e aconselhamento pré-concecional ao casal numa abordagem sistematizada que considere os aspetos biológicos, psicológicos, culturais e sociais que envolvem a etapa do ciclo de vida da mulher, do casal e da família (DGS, 2006).

Assim, os cuidados pré-concepcionais foram inseridos nas consultas de planeamento familiar e incluíram a determinação do grau de risco pré-natal, a atualização do plano nacional de vacinação e educação para a saúde relativamente a diversos assuntos, como a interrupção

dos métodos contraceptivos e registo das menstruações, a fisiologia da reprodução, o estado nutricional e alimentação saudável, os hábitos nocivos (álcool, tabaco, cafeína, drogas), a evicção de medicamentos, a exposição a agentes teratogénicos, a imunidade ou exposição a doenças infecciosas, incluindo as ITS, bem como as vantagens da vigilância pré-natal precoce e continuada, com base nas recomendações da DGS (2006).

Desenvolver competências científicas, relacionais, sensório-emocionais e instrumentais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no ciclo gravídico-puerperal

A vigilância pré-natal constitui, em cuidados de saúde primários, uma preocupação fundamental para a melhoria dos cuidados prestados e assistência às populações, diminuindo os riscos associados, assegurando que a gravidez culmine no nascimento de uma criança saudável sem prejuízo para a saúde materno-fetal e potenciando o bem-estar da família (Corbett, 2008a). Por sua vez, o EESMO detém competências para assegurar a vigilância e prestação de cuidados à mulher e respetiva família durante todo o ciclo gravídico-puerperal, quer em circunstâncias desprovidas de riscos acrescidos para a unidade materno-fetal através de intervenções autónomas, quer nas restantes situações através de intervenções interdependentes.

Ao longo deste estágio na USFDA, conseguimos alcançar largamente o objetivo pretendido relativamente ao total de vigilâncias pré-natais realizadas, o que contribuiu para a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes na área do cuidar especializado em saúde materna e obstetrícia.

Durante as consultas de saúde materna empreendidas, privilegiamos uma prestação de cuidados holísticos e culturalmente sensíveis, atendendo à especificidade dos utentes. Em cada um destes momentos estabelecemos como intervenções prioritárias a avaliação do bem-estar físico e psicológico da grávida e sistema familiar, a identificação e acompanhamento das situações de risco, o favorecimento da participação ativa do pai/companheiro, a estimulação da vinculação precoce, o aconselhamento e promoção do aleitamento materno e a realização de educação para a saúde dirigida à grávida, puérpera, casal e família, colmatando as necessidades identificadas. Para além destes temas, privilegiamos a promoção para a saúde relativa à parentalidade e competências parentais, à legislação aplicável, ao desenvolvimento embrionário/fetal e aos estilos de vida.

Nestas consultas de saúde materna, identificávamos inicialmente as necessidades de conhecimento adequando à idade gestacional e capacidade cognitiva da grávida/convivente significativo para serem planeadas intervenções ajustadas que conduzissem a ganhos em saúde efetivos. Além de adaptarmos o tipo de linguagem, consideramos a regulação da quantidade de informações transmitidas em cada consulta, estimando, sempre que julgamos pertinente, a necessidade de reduzir o espaçamento entre as consultas para assegurar o sucesso da educação para a saúde.

Na avaliação inicial era dado enfoque à determinação do grau de risco através da escala de Goodwin modificada. Complementamos esta avaliação com informações relativas às condições socioeconómicas e com a apreciação da saúde mental da grávida, por considerarmos que estes representam aspetos relevantes e condicionadores de risco acrescido na saúde materno-fetal. Deste modo, valorizamos a saúde mental da grávida em todas as consultas, tal como preconizado pelo respetivo programa da DGS (Direção-Geral da Saúde: Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, 2006).

Empreendemos e desenvolvemos competências na monitorização e interpretação de parâmetros, como a medição da altura do fundo uterino, o aumento ponderal, a execução das manobras de Leopold e sua correspondência com os relatórios ecográficos. Durante a auscultação dos ruídos cardíaco-fetais, enquanto pesquisávamos o foco fetal, especialmente durante o segundo trimestre, mantivemos o diálogo e tranquilizamos as grávidas, salvaguardando os constrangimentos, utilidade e objetivos do Eco Doppler e evitando, assim, despoletar-lhes ansiedade ou preocupação.

Uma vez que a mulher sofre muitas alterações físicas e psicológicas durante todo o processo de maternidade, revela-se necessária uma intervenção holística e individualizada por parte do EESMO.

Os cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, promovidos pela UCC D. Maria II, apresentam um planeamento estruturado de sessões, compondo-se cada uma delas por um plano de cuidados próprio, no sentido de empoderar cada gestante/casal/família à vivência saudável da gravidez, parto, puerpério e projeto familiar, possibilitando, simultaneamente, que os registos sejam adaptados a cada circunstância específica. Neste sentido, a orientação e condução de cada sessão dependia largamente das características e necessidades do grupo presente.

Constatamos uma presença considerável de pais/companheiros durante estas sessões, especialmente as teóricas, o que vai de encontro às necessidades percebidas de ambos os elementos do casal, tal como referem vários estudos (Deave, Johnson, & Ingram, 2008).

No final de cada sessão, realizamos registos fiéis às necessidades de intervenção e plano de cuidados implementado. O facto de este curso não incluir no seu programa nenhuma sessão relacionada com a promoção da vinculação precoce, as competências fetais e do RN e a adaptação do RN à vida extrauterina, associado aos resultados obtidos na avaliação das competências parentais para o *bonding*, incitou-nos a implementar uma proposta de inclusão que analisaremos adiante neste relatório.

Referindo-nos aos cuidados à puérpera, RN e família, sabemos que este corresponde a um período complexo, que requer tempo e ajuda para o casal se adaptar aos novos papéis e às alterações fisiológicas e psicossociais. Durante as consultas no puerpério que realizamos, promovemos a vigilância de saúde da puérpera e RN, a recuperação da mulher no período pós-parto, bem como a participação ativa do casal no processo de adaptação às funções parentais.

Nas visitas domiciliárias realizadas à puérpera/RN e família durante a primeira semana após o nascimento foram avaliadas as competências, papel parental e o ambiente familiar de uma forma mais fiel do que em ambiente de consulta. Avaliamos, de igual modo, as competências do RN, à medida que as explicávamos à puérpera e família; neste âmbito, abordamos questões relacionadas com o choro do RN, ciclo de sono/vigília e prevenção de acidentes. Nesta fase, a ajuda disponibilizada pelo EESMO ao nível do ensino, instrução e treino de competências, nomeadamente relativas ao autocuidado da puérpera, à amamentação, aos cuidados ao RN (cuidados ao coto umbilical, cuidados de higiene, prevenção e tratamento da asfixia, desobstrução nasal) e vigilância de saúde familiar tornou-se crucial para a promoção da saúde do sistema familiar, numa fase de transição, crise e vulnerabilidade.

Também as consultas de saúde infantil durante os primeiros meses de vida e as consultas de revisão do puerpério realizadas constituíram um contributo para a aquisição e aprimoramento de competências. Nas consultas de revisão do puerpério realizadas, foi dado ênfase à validação de conhecimentos e competências relativas à amamentação e à prevenção e tratamento de complicações associadas, reforçando as recomendações da OMS acerca do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida. Para além disso, foi dada primazia a todas as questões relacionadas com o planeamento familiar, tais como o retorno à fertilidade e contraceção, a sexualidade, as alterações corporais, os hábitos de vida saudáveis e o estado emocional materno. No que concerne ao RN, avaliamos a sua vitalidade, ganho ponderal e

desenvolvimento psicomotor, salvaguardando a educação para a saúde adequada à idade e às necessidades de cada sistema familiar.

Por último, relativamente aos registos efetuados, a atualização, revisão e atualização do plano de cuidados foi levada a cabo em todos os contactos utilizando o SAPE, no sentido de promover a continuidade dos cuidados e a garantia do registo das intervenções efetuadas. Estes registos foram complementados com notas de evolução nas situações em que o aplicativo informático não se adequava aos diagnósticos e intervenções realizados.

Aprofundar competências científicas, relacionais, sensório-emocionais e instrumentais na prestação de cuidados no climatério e em situações de doença ginecológica

Relativamente à consulta do climatério e à promoção da saúde ginecológica, constitui outro dos campos de intervenção da responsabilidade do EESMO. Com o aumento da esperança média de vida, é fulcral que tanto a mulher como o homem tenha um acompanhamento nessa fase “pós-reprodutiva” do seu ciclo vital e/ou conjugal, pela confrontação com diferentes alterações, quer ao nível físico, como psicológico e afetivo, que irão estar mais ou menos sujeitos (Lowdermilk, 2008a). Neste contexto, é necessário intervir e prepará-los atempadamente para que se esclareçam os seus receios, exponenciando a motivação para uma vivência adaptada e saudável nesta fase do ciclo de vida.

Como não existe nenhuma consulta especificamente dirigida à andropausa, aproveitamos as consultas dos programas de saúde relativos aos utentes diabéticos e hipertensos para efetivarmos esta intervenção específica aos homens.

Compreendemos a importância do papel do enfermeiro na aceitação e adaptação do estado de saúde da mulher e do homem, pelo que, na orientação destas consultas, abordamos abertamente as alterações que ocorrem durante o climatério e andropausa, desmistificando conceções erróneas e assinalando as estratégias que estes podem e devem utilizar para encarar a vida com otimismo e para promover a sua saúde.

Assim, nestes contactos foi privilegiada a realização de educação para a saúde adequada às necessidades da mulher/casal neste período, o esclarecimento acerca da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, a promoção do rastreio e autoexame da mama e testículo e rastreio do cancro do colo do útero, assim como a promoção da vivência da sexualidade saudável e gratificante.

4. Um Olhar sobre a Vinculação Precoce: Plano de Intervenção

A reflexão prévia à realização deste ENP conduziu à condensação de um interesse pessoal em aprofundar conhecimentos e competências na área da promoção da vinculação precoce, assim como em contribuir para o estabelecimento de um plano de intervenção estruturado que facilitasse a atuação do EESMO nos diferentes contextos onde desempenha funções e onde, concomitantemente, se crê que se vivenciem os momentos cruciais para o desenvolvimento desta interação precoce pais-filho (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993).

Este capítulo debruçar-se-á, portanto, sobre uma outra atividade desenvolvida no ENP: a promoção da vinculação precoce. Por ter sido desenvolvida paralelamente às atividades analisadas na unidade anterior optamos por apresentá-la separadamente; além disso, esta ação não se direciona particularmente para o domínio da prestação de cuidados, como é o caso das anteriores, mas pretende abarcar igualmente as vertentes da investigação, da formação e da gestão, ressaltando a importância da evidência científica nas práticas de cuidados.

A operacionalização desta intervenção teve em conta os pressupostos inerentes aos processos de investigação, incluindo o enquadramento teórico norteador desta atividade, a justificação e objetivos da atividade, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados, as conclusões e recomendações.

4.1. Enquadramento Teórico: Vinculação, um Fenómeno de Enfermagem

A vinculação, entendida como “a primeira e a mais intensa relação que um ser humano estabelece” (Silva & Lopes, 2008, p. 25), corresponde a um foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem, em particular para o EESMO. Nas últimas décadas, o estudo da vinculação foi alargado até à idade adulta (Soares, 2007), pelo que nos referimos à vinculação precoce como aquela que diz respeito à interação da criança com uma ou mais figuras significativas – habitualmente os pais – (Pedro, 1985) desde os seus primórdios (vinculação pré-natal) até à primeira infância (dois anos de vida).

A CIPE descreve a vinculação como um fenómeno integrante da parentalidade, definindo-a como a “ ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 79).

De facto, vários autores são unânimes em afirmar a relação de vinculação como algo imprescindível à sobrevivência humana, atribuindo uma importância incomensurável à vinculação a uma figura parental quer na construção do ego e personalidade na criança, quer no seu crescimento emocional e comportamental, bem como na promoção da comunicação, das relações interpessoais, da autonomia e da aquisição de conhecimentos (Alves, Cavadas, Amaral, & Pereira, 2005; Brazelton, 2003; Figueiredo, 2005; Lopes & Fernandes, 2008; Gomes-Pedro, 2005; Pedro, 1985; Pocinho, 1999; Sá, 2004b; Sá, Matela, Morais, & Veiga, 2004; Soares, 2007; Soares, Martins, & Tereno, 2007; Sousa, 2007; Stern, Bruschweiler-Stern, & Freeland, 2005; Verne & Kelly, 1984).

A investigação da vinculação debruçou-se, no entanto, com maior afinco nas consequências de uma vinculação precoce ineficaz ou de baixa qualidade, marcada pela carência de cuidados parentais, trazendo à baila a etiologia de algumas perturbações psicológicas e afetivas (Pedro, Ferreira, Gambôa, & Carvalho, 2006; Sá, 2004b; Soares, 2007) e o que Bowlby caracterizou como um “vazio de afeto”, expressão que corresponde aos jovens ou adultos que nos seus estudos evidenciavam comportamentos de isolamento social, frieza emocional nas relações interpessoais, hostilidade e indiferença aos reforços positivos ou negativos (Bowlby, 1944, citado por Soares, 2007; Guedeney & Guedeney, 2004).

Bowlby desenvolveu a teoria da vinculação em meados do século XX, inspirando-se em raízes e influências oriundas de várias disciplinas como a psicanálise, a etologia e a biologia evolutiva (Guedeney & Guedeney, 2004; Pedro, 1985; Soares, 2007). A publicação do seu trabalho agitou a comunidade científica e revolucionou as práticas que se observavam naquela altura nos sistemas de saúde, que primavam pelos cuidados físicos relegando o afeto para segundo plano, e impondo frequentemente a separação entre a criança e a figura parental (Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Soares, 2007; Verne & Kelly, 1985).

Ainsworth (1962, citado por Soares, 2007) acrescenta que os efeitos nefastos para a criança advêm não só da separação da figura de vinculação ou da ausência de cuidados parentais, como também da deficiência ou incúria no seu desempenho.

O cerne da teoria de Bowlby (1958, 1969) encontra-se num conjunto de comportamentos instintivos evidenciados pelo bebé durante os primeiros meses de vida que o orientam para o estabelecimento de uma relação de afeto e proximidade com a figura de vinculação, objetivando a proteção do perigo e a garantia de conforto e segurança (Alves et

al., 2005; Bayle, 2005; Bowlby, 1958, 1969, citado por Soares, 2007; Brazelton & Cramer, 1993; Brito, 2005; Guedeney & Guedeney, 2004; Lopes & Fernandes, 2008; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Silva & Lopes, 2008; Sousa, 2007; Verne & Kelly, 1984; Vilaça, Saraiva, Portela, & Costa, 2012). Os comportamentos do RN destinam-se à criação e manutenção da proximidade ou contacto com a figura de vinculação (Brazelton, 2003; Canavarro & Pedrosa, 2005; Stern, 1992). A propósito das representações inatas, Brazelton (1992) salienta que, “em larga medida, a vinculação é instintiva, mas não é instantânea nem automática” (p. 10).

A figura parental, papel desempenhado fundamentalmente pela mãe, satisfaz as necessidades básicas da criança, proporcionando-lhe o prazer, o amor e o contacto íntimo (Bowlby, 1988, citado por Guedeney & Guedeney, 2004) essenciais para o seu equilíbrio e desenvolvimento (Pocinho, 1999; Verne & Kelly, 1984). Por sua vez, o comportamento materno é modelado e reforçado positivamente pelas reações do bebé, estabelecendo-se uma reciprocidade profícua para ambos os intervenientes (Alves et al., 2005; Figueiredo, 2005; Lopes & Fernandes, 2008; Pocinho, 1999; Sá, 2004b; Sousa, 2007).

Guedeney e Guedeney (2004) referem que, embora os bebés construam interações significativas de apego com ambas as figuras parentais, eles estabelecem uma hierarquia onde primeiramente se encontra a mãe.

À medida que a criança se desenvolve, acrescenta aos comportamentos de vinculação as vertentes cognitiva e emocional, construindo modelos internos que lhe possibilitam atrair a figura significativa com maior intencionalidade e através de outras estratégias (Guedeney & Guedeney, 2004; Soares, 2007). Acessibilidade, responsividade e sensibilidade representam as características que a figura de vinculação deverá demonstrar para o desenvolvimento de uma vinculação segura (Soares, 2007). Face a esta atitude por parte do elemento de apoio, a criança construirá uma base de segurança, a partir da qual explorará o ambiente com confiança, sabendo que a figura parental se encontra disponível para a confortar a qualquer momento (Guedeney & Guedeney, 2004; Lopes & Fernandes, 2008).

Não obstante os preceitos de Bowlby representarem uma referência para a atualidade, estudos mais recentes apontam para “uma visão menos patologizante” (Soares, 2007, p. 41) e uma inexistência de linearidade causa/efeito das implicações da privação parental, enunciando outros fatores que concorrem para a qualidade do vínculo, tais como as diferenças individuais da criança e das figuras de vinculação, a relação conjugal, o apoio familiar, o ambiente sociocultural, o nível socioeconómico e as intercorrências de vida relevantes (Alves et al., 2005; Soares, 2007; Soares et al., 2007).

A avaliação da vinculação na primeira infância ficou marcada pelo procedimento laboratorial criado por Mary Ainsworth (1978, citado por Soares et al., 2007) e denominado por *situação estranha* (Guedeney & Guedeney, 2004). Através deste estudo, foi possível identificar três grupos de crianças mediante os seus comportamentos, tendo sido definidos três padrões de vinculação: segura, inseguro-evitante e inseguro-ambivalente/resistente; mais tarde, foi associado outro grupo, o desorganizado/desorientado (Brito, 2005; Guedeney & Guedeney, 2004; Soares et al., 2007; Stern et al., 2005).

Para a (in)segurança da vinculação confluem diversas variáveis, tais como elevados graus de ansiedade pré-natal e depressão maternas relacionam-se a uma maior probabilidade de desenvolvimento de uma vinculação insegura (Schmidt & Argimon, 2009); por outro lado, a prestação de cuidados sensíveis por parte da figura paterna fomentam os comportamentos de vinculação da criança (Soares et al., 2007; Verne & Kelly, 1984).

A investigação aponta o contributo de um padrão seguro de vinculação na autoestima, autoconfiança, autonomia e capacidade de adaptação da criança, na maior apetência para a assertividade no relacionamento interpessoal e equilíbrio emocional e no melhor desempenho cognitivo (Guedeney & Guedeney, 2004; Soares et al., 2007).

Por outro lado, a qualidade da vinculação é transmitida intergeracionalmente, facto que se pode justificar, em parte, pelo contexto ambiental, e somado à forma como as figuras parentais exercem o seu papel nos laços afetivos com os filhos, em consonância com aquilo que receberam dos próprios progenitores (Brito, 2005, 2009; Guedeney & Guedeney, 2004; Pocinho, 1999; Soares et al., 2007; Stern et al., 2005).

Klaus e Kennell (1976, citado por Figueiredo, 2005; 1993, citado por Silva & Lopes, 2008) utilizaram o termo *bonding* para designar a ligação emocional “única, específica e duradoura” (p. 287; p. 27) que se desenvolve desde o início do contacto entre a mãe e o bebé. Guedeney e Guedeney (2004) esclarecem-nos acerca da diferença entre o laço de vinculação e o *bond*: “o laço de vinculação dirige-se do mais fraco para aquele que o protege, ao passo que o *bond* é o sentimento que aquele que presta cuidados tem, de estar ligado à criança de que se ocupa” (p. 38). O *bonding* refere-se, assim, à relação afetiva das figuras parentais para com os filhos.

O *bonding* ou vinculação materna corresponde a um conjunto de disposições internas, cognitivas e comportamentais, que favorecem a aproximação física e psicológica da mãe ao RN (Figueiredo, 2005), beneficiando a satisfação das suas necessidades. O RN detém um papel crucial na ativação deste mecanismo, pelo que, ainda que este tenha início durante a gravidez, “os momentos que se seguem ao parto são críticos na formação do *bonding*, o qual é

facilitado pela adequação do sistema hormonal da mãe e pela presença do bebê” (Figueiredo, 2005, p. 287).

Embora muito poucos estudos tenham sido realizados para analisar o envolvimento emocional dos pais com os filhos, verifica-se que o desenvolvimento da ligação afetiva de ambos os pais ao RN apresenta uma organização semelhante. Figueiredo (2005) salienta a carência de oportunidades que é oferecida ao pai para se vincular ao bebê durante a gravidez e o parto, pelo que se demonstra premente a criação de condições para que este vínculo parental seja efetivo.

Podemos então falar em momentos críticos para o estabelecimento e desenvolvimento da interação precoce pais-filho, com ênfase para o período pré-natal e para o nascimento (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992; Sá & Biscaia, 2004). Sá (2004b), por sua vez, divide este processo em três níveis: a vinculação pré-natal, a vinculação perinatal e a vinculação pós-natal. Em seguida, exploraremos estes períodos sensíveis colocando a tónica nas etapas da gravidez e do nascimento, que corresponderam ao foco da nossa atenção nos diferentes contextos; esta contextualização servirá de molde à intervenção promotora da vinculação precoce que tentamos empreender.

4.1.1. Vinculação pré-natal e comunicação intrauterina.

Para compreendermos o início do desenvolvimento da vinculação temos de recuar ao período prévio à própria concepção, a que Brazelton e Cramer (1993) designaram por pré-história da vinculação. Aqui, entrecruzam-se as fantasias da infância e os desejos de ter um filho com as expectativas criadas a partir das experiências anteriores com a família e ambiente social, motivando pulsões para a parentalidade que, no seu todo, preparam psicologicamente os aspirantes a pais para a vinculação e para o desempenho do seu papel (Bayle, 2005; Figueiredo, 2005; Stern et al., 2005).

Já no período pré-natal, ocorre o alvorecer da vinculação (Brazelton & Cramer, 1993), no qual o casal terá de se ajustar – individualmente e enquanto sistema familiar – às diversas transformações que vão ocorrendo nas suas vidas, o que passa pela superação de um conjunto de tarefas da gravidez e que são características da transição para a parentalidade, tal como evidenciamos no primeiro capítulo deste documento.

Relativamente à vinculação precoce, acrescentaremos os aspetos relacionados com os acontecimentos pré-natais que conduzem ao envolvimento emocional entre pais e filhos, quer do ponto de vista parental, quer sob o olhar do feto.

Aquando do nascimento, os pais deparam-se com a representação mental da súpula de três bebês: o filho imaginado, fruto apenas das suas fantasias, o feto em crescimento, invisível e misterioso mas real, e o verdadeiro RN que acabam de conhecer. A vinculação precoce é cimentada nas relações anteriores desenvolvidas antes deste encontro face a face (Bayle, 2005; Brazelton & Cramer, 1993; Ferreira & Costa, 2004; Silva & Lopes, 2008; Sousa, 2007; Stern et al., 2005).

Assim, Brazelton e Cramer (1993) distinguem três fases que a mulher vivencia neste período: a aceitação da notícia, marcada por uma forte ambivalência emocional; os primeiros movimentos do feto, que representam a confirmação da existência de um novo ser em crescimento; e os ensinamentos acerca do futuro bebê, onde se torna possível alguma interação com este através do conhecimento dos seus padrões de resposta.

O pai também experiencia um turbilhão de emoções contraditórias, sentindo-se excluído e no seio de uma competição pelo bebê que vai nascer (Brazelton, 2003). Brazelton e Cramer (1993) asseguram que “não só estes sentimentos fomentam a vinculação, como reforçam os laços afetivos que unem o casal” (p. 51), pelo que tanto a mulher como as equipas de saúde representam um papel importante na facilitação do *bonding* paterno. Além disso, o apoio e as atitudes do pai durante a gravidez e o parto favorecem a adaptação bem-sucedida e vinculação materna (Brazelton, 2003; Gomez, 2005; Verne & Kelly, 1984).

Por sua vez, Sá (2004a) salienta alguns momentos críticos nos quais se consubstancia a vinculação pré-natal, semelhantes aos já referidos por Brazelton e Cramer: “a revelação da gravidez, a primeira audição dos ruídos cardíacos fetais, as primeiras ecografias obstétricas, a revelação do sexo do bebê, as primeiras perceções de movimentos fetais” (p. 24).

A partir do final do segundo e durante o terceiro trimestre, a grávida vai-se apercebendo que o seu bebê reage de forma peculiar a estímulos distintos, que se move num alvoroço quando ela se encontra em repouso, ansiosa ou fatigada e aprende a identificar os seus ciclos de atividade, contribuindo para o desenvolvimento da sincronia entre os dois (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985).

Há três décadas, Verne e Kelly (1984) já ressaltavam a relevância da comunicação mãe-bebê durante a gravidez para a construção de alicerces no caráter do bebê, acrescentando que se esta “comunicação for abundante, rica e, sobretudo, estimulante, há muitas probabilidades de que o bebê venha a ser robusto, saudável e feliz” (p. 22).

Os estados comportamentais observados no feto nos últimos meses de gravidez correspondem aos mesmos que o RN apresenta, percorrendo ciclos que vão desde o sono

profundo à vigília ativa, onde estão criadas as condições ideais para a comunicação (Brazelton, 2003; Silva & Lopes, 2008).

As últimas décadas remeteram a investigação nesta área para o domínio das competências fetais, tendo-se concluído que as primeiras interações dos pais com o bebé podem ocorrer estando este ainda *in* útero, e que o seu comportamento é complexo, individualizado e pleno de respostas (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992; Silva & Lopes, 2008).

Sá (2008), refere-nos que “um bebé nasce, psicologicamente, muito antes de nascer dum ponto de vista obstétrico. Sente, emociona-se, assusta-se, e comunica” (p. 11). Esta afirmação aponta para a existência de sensibilidade fetal e até mesmo de um certo nível de pensamento, ainda que bastante rudimentar, pelo que, na atualidade, a psicologia pré-natal começa a ser encarada como uma disciplina própria derivada da psicologia infantil.

Os sentidos observados no ser humano desenvolvem-se e adquirem funcionalidade no período pré-natal, estando juntamente comprovada a capacidade de aprendizagem do feto à medida que reage aos estímulos hormonais e sensoriais do ambiente intra e extrauterino (Alarcão, Relvas & Sá, 2004; Brazelton, 2003, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Cyrulnik, 1995; Gomes-Pedro, 2005; Lipsitt, 2005; Macfarlane, 1992; Pocinho, 1999; Silva & Lopes, 2008), bem como a sua competência para a memorização (Sá et al., 2004; Sá & Dias, 2004; Verne & Kelly, 1984). De facto, vários estudos apontam para o reconhecimento do RN das experiências interativas que desenvolveu com a mãe e/ou outra pessoa significativa durante a gravidez, como uma história ou uma música que ouviu repetidamente no último trimestre (Brazelton, 2003; Cyrulnik, 1995; Sá, 2008; Silva & Lopes, 2008;).

Relativamente à vida intrauterina, assinala-se que os movimentos fetais, ainda que involuntários, surgem pela 7^a/8^a semana, induzindo-o pela primeira vez à auto-exploração e do que o rodeia (início da capacidade tátil) (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992). Às 15 semanas, o feto já apresenta uma ampla atividade motora espontânea ou reflexa, e virá a adquirir intencionalidade nos comportamentos pela 18^a semana (Sá & Dias, 2004).

A aptidão de deglutição surge no final do primeiro trimestre, observando-se a sucção de líquido amniótico (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Silva & Lopes, 2008). A maturação do paladar ocorre a partir desta capacidade, entendendo-se que, pela 28^a semana de gravidez, o bebé revela-se capaz de responder distintamente a diferentes sabores (Cyrulnik, 1995; Sá & Dias, 2004).

Entre as 16 e as 18 semanas iniciam-se os movimentos oculares, que precedem a abertura das pálpebras, pelas 20 semanas. A partir daí, o feto poderá reagir a um foco de luz projetado para a barriga da mãe, tentando proteger-se, o que prepara a visão para a vida extrauterina (Sá, 2008; Silva & Lopes, 2008).

O olfato vai-se desenvolvendo durante o primeiro e segundo trimestres, acreditando-se que, pelas 22 semanas, possa iniciar a sua função (Sá & Dias, 2004). Não obstante a dificuldade de comprovar esta capacidade ao longo da gravidez, sabemos que, logo após o nascimento, mesmo os RN prematuros conseguem identificar o cheiro da mãe, assim como o leite materno (Stern, 1991).

A audição representa um papel fundamental na interação do feto com o exterior, sendo que a sua resposta aos estímulos sonoros surge a partir da 20^a/22^a semana (Sá et al., 2004; Silva & Lopes, 2008). O painel acústico acessível ao feto é diverso, obtido a partir de sons provenientes do ambiente intra e extrauterino (Fifer, 2005; Sá, 2008). O bebé desenvolve-se à medida que escuta os batimentos cardíacos maternos e a voz da mãe, razão pela qual prefere as vozes femininas, especialmente a materna (Sá et al., 2004), e se tranquiliza após o nascimento se for colocado em contacto direto com o corpo desta, por forma a ouvir a sua pulsação (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Fifer, 2005; Macfarlane, 1992; Pocinho, 1999; Silva & Lopes, 2008; Verne & Kelly, 1984).

À semelhança das histórias e músicas repetidas durante a gravidez, a voz do pai também pode representar uma fonte de comunicação intrauterina e sedimentar-se na memória fetal, sendo esta tanto mais efetiva quanto maior for a estimulação paterna durante este período (Cyrulnik, 1995; Fifer, 2005; Silva & Lopes, 2008; Verne & Kelly, 1984).

A comunicação entre a mãe e o bebé durante a gravidez encontra-se privilegiada através de três canais de comunicação: a fisiológica (inerente a qualquer gravidez devido à sua condição de hospedeira), a comportamental (as reações fetais aos estímulos são percebidas pela mãe e vice-versa) e a por simpatia (representa a capacidade de algumas emoções da mãe poderem condicionar o feto) (Pocinho, 1999; Verne & Kelly, 1984). Deste modo, mãe e bebé comunicam de forma permanente, e os pensamentos desta influenciam inevitavelmente o seu filho (Sá & Dias, 2004; Sá et al., 2004). Já o pai poderá utilizar o canal comportamental para interagir com o bebé (Silva & Lopes, 2008).

A propósito da comunicação por simpatia, verifica-se uma relação entre a depressão e a tensão emocional da mãe persistente durante a gravidez e a indução de desequilíbrio fetal, bem como a continuação dessa ansiedade ou angústia no RN, o que poderá induzir perturbações desenvolvimentais na criança (Brito, 2005; Gomez & Leal, 2007; Lipsitt, 2005;

Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Pocinho, 1999; Sá, 2008; Sá & Dias, 2004; Verne & Kelly, 1984).

Acredita-se que um dos fatores mais relevantes para a estabilidade psicoafetiva do bebé reside na demonstração de disponibilidade afetiva por parte dos pais (Gomes-Pedro, 2005; Wilhelm, 1992, citado por Silva & Lopes, 2008), nomeadamente através de uma atenção a ele dirigida e recheada de estímulos positivos, tais como: conversar calmamente, cantar músicas de embalar, massajar levemente o abdómen, ler ou contar histórias ou acontecimentos do dia-a-dia, expressar pensamentos agradáveis e carinhosos e ouvir música suave, associada a um período de tranquilidade física e emocional. Desta forma, os pais estão a transmitir-lhe amor, segurança e prazer, potenciando a vinculação fetal e o *bonding* parental (Pocinho, 1999; Silva & Lopes, 2008).

Uma das técnicas mais exploradas para a estimulação da comunicação intrauterina consiste na haptonomia, definida como a ciência da afetividade e do toque íntimo. Aplicada ao período pré-natal, a haptonomia confere inúmeros benefícios para a tríade pais-filho, através da comunicação por meio de um toque expressivo realizado pelos pais no abdómen materno e direcionado intencionalmente ao seu filho *in* útero, num ambiente tranquilo e podendo associar-se à música, à pintura e aos exercícios corporais e respiratórios (Pastrana, 2013; Pocinho, 1999; Silva & Lopes, 2008). Através da haptonomia, a interação estabelecida potencia o desenvolvimento dos laços afetivos do sistema familiar, transmitindo ao feto sentimentos positivos como o amor, a segurança, a confiança e a disponibilidade. “A Haptonomia confirma que a presença afetiva e o toque ajudam no desenvolvimento de um estado de segurança, e que o ser humano tem o direito primordial de confirmação da afetividade desde o momento da sua conceção” (Pastrana, 2013, p. 3).

A estimulação precoce do feto beneficia o seu desenvolvimento motor e cognitivo, proporcionando um maior equilíbrio emocional no presente e futuro, à medida que se consolida a vinculação recíproca pais-filho que se perpetua a partir deste nível, concorrendo para a maturação do casal e para um acolhimento da criança de qualidade (Pastrana, 2013).

Assim, a comunicação intrauterina poderá desempenhar um papel determinante no desenvolvimento da criança, tal como nos refere Wilhelm (1998, citado por Silva & Lopes, 2008): “Sendo a criança, antes do nascimento, um ser dotado de sentimentos, de recordações e de consciência, tudo o que lhe acontece durante a gravidez tem grande importância na formação e na estruturação da personalidade” (p. 40). Podemos então acrescentar que a estabilidade física e psicológica evidenciada pelo bebé após o nascimento e mesmo durante a

primeira infância é irrevogavelmente influenciada pela comunicação intrauterina, essencialmente aquela que estabeleceu com a mãe (Pocinho, 1999; Vincent, 1993, citado por Silva & Lopes, 2008; Verne & Kelly, 1984).

A vantagem fisiológica da estimulação precoce foi confirmada, na medida em que “a experiência em si mesma aumenta a proliferação dendrítica” (Lipsitt, 2005, p. 95), contribuindo para a maturidade do córtex cerebral.

Silva e Lopes (2008) executaram uma investigação centrada na estimulação da comunicação intrauterina dirigida a casais grávidos a partir das 22 semanas utilizando, essencialmente, quatro estratégias: a música num ambiente calmo (derivando de conceitos da musicoterapia), o diálogo agradável com o bebé, a massagem abdominal (inspirada na haptonomia) e os pensamentos no bebé.

A formalização deste acompanhamento profissional aos pais no seu envolvimento com o bebé durante o período pré-natal resultou em inúmeros benefícios para a tríade: a demonstração de reciprocidade fetal na comunicação motivou os pais para o prosseguimento da estimulação intrauterina, fomentando a transição para a parentalidade e a facilitação da aquisição dos papéis parentais. Após o nascimento, estes foram capazes de identificar mais facilmente as necessidades dos RN pela associação com os padrões intrauterinos, sentindo-se mais confiantes nos cuidados que lhes prestavam. A comunicação intrauterina concorreu ainda para o “fortalecimento da aliança familiar, visto que ao investirem num processo de conhecimento mútuo, os pais e o feto desenvolvem capacidades para se compreenderem mutuamente” (Silva & Lopes, 2008, p. 13).

As conclusões deste estudo conduzem à necessidade de refletirmos acerca da importância do papel do EESMO na transição saudável para a parentalidade entre os casais a quem presta cuidados.

4.1.2. A vinculação e o processo de nascimento.

Com maior ou menor grau de estimulação parental, no final da gravidez, o feto já demonstra inteligência, sensibilidade e traços de carácter individualizados (Brazelton & Cramer, 1993; Sá et al., 2004) construídos ao longo da sua estadia intrauterina. Estas experiências constituem a sua “bagagem inconsciente, exercendo influência sobre a estruturação da personalidade pós-natal e sobre a sua conduta e comportamento” (Sá et al., 2004, p. 135).

As primeiras horas que se seguem ao nascimento, que designamos por recuperação ou puerpério imediato, representam um período sensível e especialmente determinante para o

fortalecimento do vínculo afetivo entre os pais e o bebê (Alves et al., 2005; Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Pedro, 1985; Pocinho, 1999; Sá et al., 2004; Verne & Kelly, 1984).

Do lado materno, um conjunto de variáveis hormonais, emocionais e psicológicas induzem na mãe uma aptidão para a ligação ao RN (Figueiredo, 2005). Exemplo disso são as características do bebê, que se apresenta pré-programado biologicamente para captar a atenção dos pais: as suas expressões (como o choro) e apresentação física, quer ao nível da configuração facial, quer ao nível da desproporção da cabeça em relação ao resto do corpo e da incoordenação motora – adquirem um forte impacto nas figuras de vinculação, impelindo-os a dirigir-lhe a sua atenção (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2005; Guedeney & Guedeney, 2004; Kennell, 2005; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Sá et al., 2004; Stern, 1992; Stern et al., 2005).

Por outro lado, Brazelton (2003) e Macfarlane (1992) sustentam, inclusivamente, a possibilidade de a dor de trabalho de parto poder contribuir para o envolvimento materno com o bebê, garantindo que esta se manterá desperta durante e após o parto.

O RN, por sua vez, apresenta uma capacidade inata para comunicar (Brito, 2005; Ribeiro, 2005). Além disso, logo após o nascimento demonstra-se alerta e predisposto para a interação, onde poderá desempenhar um papel ativo, gozando da funcionalidade das suas capacidades sensoriais: vê, ouve (com especial apetência para a voz humana, particularmente a da mãe, que reconhece), reconhece o cheiro da mãe, reage a estímulos e encontra-se equipado para preferir os rostos humanos (Alarcão et al., 2004; Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Brito, 2009; Kennell, 2005; Lipsitt, 2005; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Sá et al., 2004; Stern, 1991, 1992). Alguns investigadores afirmam unanimemente que o bebê poderá permanecer vígil e reativo a estímulos durante uma a duas horas após o nascimento, o que, geralmente, dificilmente acontece durante todo o seu primeiro mês de vida (Macfarlane, 1992; Pedro, 1985).

O grande estado de alerta do RN, associado à atração mútua para a relação e contacto afetivo e à perpetuação nas memórias dos pais deste acontecimento que marcará impreterivelmente as suas vidas, justificam uma atitude por parte das equipas de profissionais de saúde das salas de parto que maximize a importância destas condições favoráveis à interação pais-filho, proporcionando-lhes o conforto e a privacidade necessárias ao melhor usufruto destes momentos (Ferreira & Costa, 2004; Figueiredo, 2005).

Podemos realçar vários procedimentos que coadjuvam no *bondinho* parental e na adaptação do RN à vida extrauterina, como a manutenção de uma luminosidade suave, de

uma temperatura agradável e de um ambiente calmo, conversando em voz baixa, assim como o evitamento de um corte do cordão umbilical precoce (Brazelton, 1992; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985). O momento do nascimento representa um choque físico e emocional intenso para o bebé (Verne & Kelly, 1984), pelo que o controlo destes estímulos fomenta a sua estabilidade hemodinâmica.

O contacto pele a pele do RN com o abdómen materno representa uma estratégia simples mas de incomensurável importância para a restauração do equilíbrio do bebé, mesmo após cesarianas (Brazelton, 2003; Figueiredo, 2005; Gouchon et al., 2010; Pedro, 1985; Sousa, 2007; Stern et al., 2005). Nesta posição, a audição dos batimentos cardíacos maternos tranquiliza o bebé (Brito, 2009; Macfarlane, 1992), à medida que garante a estabilidade térmica e metabólica. Além de o RN se manter mais vígil enquanto despido, parece não haver quebras significativas de temperatura aquando do contacto ventral com a mãe (Macfarlane, 1992; Pedro, 1985).

Além disso, o contacto pele a pele facilita a técnica de *breast crawl*, na qual o RN inicia um rastejar determinado em direção à mama (Verne & Kelly, 1984), conseguindo mesmo iniciar a primeira mamada autonomamente (The Mother and Child Health and Education Trust, 2014). Além da promoção da vinculação, este procedimento favorece a libertação de ocitocina materna e contribui para o sucesso do aleitamento materno.

Relativamente ao corte do cordão umbilical por parte dos pais, este procedimento parece beneficiar o envolvimento emocional paterno, segundo um estudo conduzido por Brandão (2009). Embora na bibliografia consultada não tivéssemos encontrado evidências que correlacionassem esta intervenção com o favorecimento do *bonding* materno, considera-se que este ato pode acarretar vantagens na promoção da vinculação de mães e pais, na medida em que representa o simbolismo da separação física do bebé da mãe e, por sua vez, o reconhecimento da independência deste, aspeto fundamental para uma relação saudável mãe-bebé (Sá et al., 2004).

O primeiro contacto físico entre os pais e o RN é marcado pela comunicação através do olhar, da voz e do toque (Stern et al., 2005). Na avaliação do comportamento parental, podemos considerar vários itens que se correlacionam com uma ligação mais positiva com o bebé, como beijar, sorrir, tocar, pegar no bebé com as duas mãos, olhar nos olhos, abraçar e identificar características que individualizam o seu filho (como parecenças com familiares) (Macfarlane, 1992; Pedro, 1985).

Estes comportamentos maternos podem ser condicionados por uma série de fatores a que a equipa de saúde deverá atender, como a personalidade individual da mãe, o tipo de

parto (se distócico, a ligação mãe-bebê fica desfavorecida), o grau de analgesia, a prematuridade, a presença do pai/companheiro, o EESMO que assiste ao parto (nomeadamente se é o mesmo que acompanha o casal durante todo o trabalho de parto), a duração do trabalho de parto e a morosidade ou dificuldade do período expulsivo (Figueiredo, 2005; Macfarlane, 1992; Sousa, 2007).

O papel do acompanhamento e apoio do pai na gravidez e no parto contribui decisivamente para o comportamento materno (mantem-se mais relaxada e expressa-se mais espontaneamente) e para o fortalecimento da vinculação mãe-filho (Figueiredo, 2005; Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2004; Ribeiro, 2005). Por sua vez, o homem que presencia esta fase e que partilha o momento do parto com a sua companheira, demonstrando interesse na interação com o RN e na participação dos cuidados a este, desempenhará melhor as suas funções paternas, não se sentirá excluído e terá um maior envolvimento com o seu filho (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Carmo, 2009; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Ribeiro, 2005).

Assim, encontra-se ao alcance do EESMO que acompanha o casal proporcionar um trabalho de parto e parto nas melhores condições físicas e psicológicas para ambos os pais, por forma a garantir o prosseguimento de uma boa vinculação recíproca pais-filho (Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Pedro, 1985).

As vantagens do alojamento conjunto nos dias que se seguem ao parto (o *rooming-in*) para a promoção da interação precoce, da capacidade para corresponder às necessidades da criança e do seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual são sobejamente conhecidas (Alarcão et al., 2004; Brazelton, 2003; Figueiredo, 2005; Gomes-Pedro, 2005; Kennell, 2005; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Ribeiro, 2005; Silva & Lopes, 2008) e asseguradas por grande parte das maternidades no que concerne ao internamento das mães. Para além disso, a possibilidade de acompanhamento contínuo do pai nestas circunstâncias, criando condições para o alojamento conjunto da tríade, potencia o desenvolvimento da vinculação.

A amamentação desempenha um papel determinante no fortalecimento da interação mãe-filho, pelo que, quanto mais cedo for iniciada (idealmente durante a primeira hora de vida), mais facilmente se estabelecerá o aleitamento materno e, por sua vez, melhores serão os contributos para a vinculação precoce (Alves, Carreto, Freitas, Costa, & Ramos, 2010; Brazelton, 2003; Kennell, 2005; Sá et al., 2004; Stern et al., 2005).

As mamadas constituem momentos excecionais para o desenvolvimento da vinculação precoce na medida em que este é capaz de focar a face materna a essa distância, e as pausas

na sucção devem ser aproveitadas para ambos desfrutarem do prazer da interação (Alarcão et al., 2004; Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Stern et al., 2005).

Embora o nascimento e os momentos que se lhe seguem sejam cruciais para o florescimento da vinculação, nem todas as mulheres o entendem como tal (Kennell, 2005). A primeira reação da mãe quando visualiza pela primeira vez o seu filho pode ser de estranheza ou distanciamento, o que induz sentimentos de culpa e ansiedade. Para evitar estas circunstâncias, deveríamos explicar-lhes previamente a variabilidade no desenvolvimento do amor maternal: para umas, é gradual a partir da gravidez, outras sentem o nascimento como um marco e algumas só revelam sentir-se ligadas ao filho dias após o parto (Figueiredo, 2005; Macfarlane, 1992). Winnicott (1995) revela-nos que “seria útil dizer às mães que, de início, estas, por vezes, não gostam dos filhos (. . .) ou explicar-lhes que o amor é uma coisa muito complexa, e não apenas instinto” (p. 18).

A aprendizagem dos cuidados ao RN e a integração do papel parental constitui um processo a longo prazo, para o qual contribuem mais os erros do que os sucessos (Brazelton, 1992). São os próprios bebés que conduzem os pais ao aprimoramento da sua função através da modelação da interação, orientando o seu comportamento (Alarcão et al., 2004; Barnard & Summer, 2005; Brazelton, 2003; Cyrulnik, 1995; Pedro, 1985; Stern, 1992; Stern et al., 2005). À medida que os pais reconhecem os diferentes estados de consciência do RN como padrões previsíveis de comportamento, o seu temperamento e a sua capacidade de auto-organização e de habituação, melhoram a sua capacidade para compreenderem e estimularem o seu filho (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Brito, 2005; Lipsitt, 2005; Pedro, 1985; Sá et al., 2004; Stern, 1992).

Cada um dos progenitores desempenha um papel incomparável e complementar para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo do bebé (Brito, 2009; Lopes & Fernandes, 2005; Pedro et al., 2006; Stern et al., 2005). Se à mãe é atribuída a função de “manter uma base reguladora calma, sem sobrecarregar o bebé com demasiados estímulos, e a reduzir o seu fluxo para se sincronizarem com a necessidade deles se afastarem e controlarem a si mesmos” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 122), ao pai é associado um papel determinante na iniciação do jogo e da brincadeira (Bayle, 2005; Brazelton, 1992; Lopes & Fernandes, 2005).

Em todas as interações, os pais envolvem-se na responsabilidade de amar o seu bebé, o que, por si só, representa um contributo enorme para o seu desenvolvimento saudável (Brazelton, 1992; Conselho Consultivo das Famílias - Grupo de Trabalho Parentalidade Positiva, 2008; Lopes & Fernandes, 2008; Stern et al., 2005). Assim, “a interação pais-criança

é o invólucro valioso em que a criança é esculpida para se desenvolver e tornar-se um adulto maduro e carinhoso” (Barnard & Summer, 2005, p. 227).

4.2. Justificação e Objetivos da Atividade

Explanada a importância da vinculação precoce para a promoção da saúde da tríade familiar, bem como os requisitos que fomentam o seu desenvolvimento no período pré-natal e durante o processo de nascimento, focar-nos-emos no desenho da intervenção empreendida.

A seleção da vinculação precoce como área de enfoque específico consolidou-se num interesse pessoal neste tema, assim como em observações provenientes de estágios realizados anteriormente e após a partilha de experiências em grupo, que nos guiaram à conclusão de que grande parte das grávidas/casais/famílias desconhecem as estratégias que promovem a sua relação precoce com o feto e, mais tarde, com o RN.

Por sua vez, firmamos a percepção de que os profissionais de saúde em geral não se encontram muito despertados para auxiliarem os casais na ativação deste mecanismo. Compreendemos que esta carência poderá estar associada a uma visão redutora da vinculação, ao considerar que o amor dos pais pelos filhos é inerente a qualquer processo de parentalidade e independente da intervenção dos profissionais de saúde, e que, por este motivo, não se revela necessário o incentivo a essa relação.

No entanto, hoje, sabemos que podemos fazer muito mais para capacitarmos os intervenientes para esta interação precoce, e que a intervenção do EESMO a este nível poderá desempenhar um papel determinante não só no desenvolvimento psicomotor do feto e da criança a longo prazo como, também, na garantia aos pais de uma vivência plena da gravidez, do parto e do período pós-parto.

Na medida em que a vinculação precoce designa um período que vai desde a pré-história da vinculação até à primeira infância (Brazelton & Cramer, 1993), no âmbito deste foco de atenção procuramos empreender um plano de atuação orientado sobretudo para os períodos pré-natal e peri-parto, por se apresentarem como os mais determinantes para o estabelecimento da vinculação (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Macfarlane, 1992; Sá & Biscaia, 2004). Deste modo, atendemos aos momentos descritos pelos autores como chave para o desenvolvimento da vinculação precoce.

O nosso percurso ao longo do estágio almejou uma perscrutação preliminar dos conhecimentos, comportamentos e atitudes da parturiente/casal demonstradas no bloco de

partos para, numa fase posterior, proceder à intervenção adequada no período pré-natal no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Por este motivo, em associação com outros fatores descritos na contextualização deste ENP, a sequência dos locais de estágio, bem como a sua duração, pretendeu corresponder ao intento de orientar a nossa intervenção neste revés: iniciar o estágio no bloco de partos com o propósito de identificar os conhecimentos e conhecer os comportamentos promotores da vinculação precoce que os pais evidenciam durante o trabalho de parto e após o nascimento, respetivamente; a partir destas informações, foi possível refletir e retirar orientações acerca da necessidade de uma abordagem sustentada deste tema ao longo da vigilância pré-natal.

O objetivo geral desta atividade passa por promover medidas de vinculação precoce pais-filhos durante os períodos pré-natal, de trabalho de parto e puerpério imediato (peri-parto), contribuindo para a melhoria da qualidade das relações familiares e, deste modo, para a transição para a parentalidade. Os objetivos específicos formulados incluem:

1. Descrever os conhecimentos das parturientes/casais relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce;
2. Identificar os comportamentos de expressão da vinculação por parte das parturientes/casais no puerpério imediato;
3. Favorecer o desenvolvimento da comunicação intrauterina e da vinculação precoce no período pré-natal através da intervenção junto dos casais quer em contexto de consulta, quer através de sessões de grupo no âmbito dos cuidados de saúde primários.

4.3. Metodologia

Intervir na promoção da vinculação precoce significa, também, adaptarmo-nos ao contexto sociocultural emergente. Atualmente, as práticas em saúde materna e obstetrícia envolvem cada vez mais o incentivo à presença do pai e a inclusão dos cuidados dirigidos a este, dando enfoque à sua importância no seio da tríade em construção; assim, o papel do pai tem vindo a adquirir um relevo primário, face à centralidade na atenção materna que assistimos até então (Gomez, 2005; Leal, 2005a). Neste sentido, importa incluirmos o tema da vinculação precoce na abrangência dos cuidados que prestamos ao casal durante este período de transição.

A pesquisa bibliográfica foi contínua e constituiu o recurso de suporte ao planeamento de toda a atividade nesta área. Apesar da peculiaridade em incluirmos na nossa sustentação teórica referências com mais de vinte anos de edição, consideramos que os seus preceitos se

mantêm atuais e representam um marco para os estudos que se vieram a realizar, comprovando, nomeadamente, as competências do feto para a comunicação e a influência do contacto precoce pais-filho no fortalecimento da vinculação do RN e do *bonding* parental.

No sentido de corresponder ao objetivo geral formulado, consideramos pertinente efetuar uma abordagem exploratória junto das parturientes/casais, que nos permitisse obter uma maior compreensão dos conhecimentos que detêm acerca dos fatores promotores da vinculação precoce, bem como dos comportamentos de expressão da vinculação aquando o contacto com o bebé real, dando resposta ao primeiro e segundo objetivos específicos formulados.

Assim, o ponto de partida para esta atividade orienta-nos para os pressupostos da investigação qualitativa (Fortin, 1999), pelo que, ao nos recusamos em controlar o fenómeno, comprometemo-nos a respeitá-lo pela forma segundo a qual este é descrito sob a perspetiva de cada indivíduo.

Para um maior entendimento do percurso metodológico, dividimo-lo em três etapas. Assim, iniciamos pelo contexto de práticas de cuidados hospitalares, cuja intervenção se dividiu em duas etapas: a primeira consistiu na auscultação dos conhecimentos das parturientes/casais acerca da vinculação precoce aquando o momento da admissão ao serviço de bloco de partos da ULSAM, utilizando como estratégia de recolha de dados a entrevista de avaliação inicial, aplicada durante o primeiro estágio do trabalho de parto; numa segunda etapa, realizamos a observação dos comportamentos de expressão da vinculação pais-filho, através de uma grelha de observação utilizada no puerpério imediato. Estes instrumentos de colheita de dados serão explorados adiante, quando nos referimos à explicação detalhada da aplicação do método no bloco de partos.

Esta atividade foi complementada com uma terceira etapa, referente à intervenção no contexto de cuidados de saúde primários. Neste caso, dirigimo-nos às grávidas/casais que frequentavam o Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento promovido pela UCC D. Maria II, para além dos casais grávidos convocados para sessões de formação na USFDA, sendo que a intervenção teve por base a abordagem e a discussão em grupo acerca das estratégias promotoras da comunicação intrauterina e da vinculação precoce.

Ao longo da execução desta intervenção, foram volvidos todos os esforços no sentido de respeitar e asseverar os pressupostos éticos perante a exposição e revelação da intimidade dos participantes. Asseguramos os princípios da confidencialidade dos dados, do anonimato,

da beneficência, dos direitos à autodeterminação, ao tratamento justo e equitativo e ao não prejuízo (respeito do direito à integridade física e psicológica).

A elaboração dos instrumentos de recolha de dados obedeceu a critérios de exigência investigativa, validados com base na pesquisa científica.

Privilegiamos o consentimento informado, transmitindo as informações mais relevantes acerca da intervenção e dando a possibilidade de abandono a qualquer momento da implementação do mesmo, garantindo a confidencialidade das informações veiculadas pelo casal e limitando a utilização dos dados recolhidos para fins académicos e científicos. A participação foi voluntária, pelo que cada pessoa pôde decidir livre e esclarecidamente sobre a sua participação. No caso de recusa ou desistência durante o procedimento, foi garantida a prestação dos cuidados de saúde necessários e indicados, não decorrendo qualquer prejuízo da sua decisão.

Durante as entrevistas de avaliação inicial, selecionamos o melhor espaço para respeitar a privacidade dos informantes, proporcionando um ambiente calmo, controlado pelo participante, e assegurando o sigilo profissional.

Foi garantida a autenticidade da informação fornecida pelos participantes.

Deixamos uma porta aberta aos participantes que desejassem ter acesso ao material de recolha de dados que lhes diga respeito, bem como aos resultados da intervenção.

Assim, a elaboração da atividade pautou, desde o início, pelo rigor científico, assegurando uma consciência ética desde a fase conceptual à fase empírica. A nosso ver, a sua consecução só foi possível devido à superação da importância dos resultados que pudessem advir face aos riscos associados.

Em seguida, procederemos à descrição e análise das opções metodológicas realizadas no bloco de partos e no âmbito dos cuidados de saúde primários para a consecução dos objetivos estabelecidos, sendo que as atividades concernentes ao segundo contexto emergirão da avaliação da intervenção realizada no primeiro, tal como já referimos.

4.3.1. Bloco de partos: o processo de nascimento.

Os momentos vivenciados pelas parturientes/casais no bloco de partos representam um marco no que concerne ao estabelecimento e fortalecimento do *bonding* parental, pelas expectativas criadas em torno da criança e pela possibilidade de tocarem e visualizarem pela primeira vez o seu filho, a associar, no caso da mãe, a uma predisposição hormonal para a interação (Figueiredo, 2005).

De facto, um conjunto de fatores poderá estar associado à forma como a expressividade da interação pais-filho logo após o nascimento se processa. Esta relação precoce tem sido estudada por vários autores, com muito maior frequência no que concerne especificamente à vinculação materna.

Assim, as influências do envolvimento materno ao RN no puerpério imediato podem incluir aspetos relacionados: com a mãe, como a personalidade, o nível educacional, condições económicas, a dimensão hormonal, a vinculação transmitida pelos pais, a adaptação à maternidade e o desejo de ter aquele filho, a perceção da qualidade da relação conjugal, o apoio e presença do companheiro durante o trabalho de parto; com o RN, assim como as suas capacidades para a interação, o seu temperamento e o sexo; com o trabalho e parto e parto, nomeadamente o tipo de parto, a dor sentida, a analgesia utilizada, a exaustão pelo trabalho de parto ou período expulsivo prolongado ou complicado, a colaboração da equipa de saúde no incentivo à interação e na promoção do contacto precoce pele-a-pele, do *breast crawl* e do aleitamento materno; e, por último, com imperativos socioculturais (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Brito, 2005; Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Macfarlane, 1992; Ribeiro, 2005; Pedro, 1985; Piccinini et al., 2004; Soares et al., 2007; Sousa, 2007; Stern et al., 2005; Verne & Kelly, 1984).

Relativamente à vinculação paterna, podemos considerar um conjunto de determinantes para a interação pai-filho após o nascimento: o envolvimento paterno durante a gravidez, a satisfação conjugal, a motivação para o desempenho do papel paternal, o sentimento de competência e autoconfiança, o apoio da companheira e as práticas institucionais (Gomes, 2005; Lopes & Fernandes, 2005).

O conhecimento acerca das competências do feto e do RN para a interação e reciprocidade nos comportamentos, bem como de outras circunstâncias que beneficiam a vinculação pais-filho, surge, também, como uma variável relevante a ter em conta, tal como referem Barnard e Summer (2005), Brazelton (1992, 2003), Brazelton e Cramer (1993) e Gomes-Pedro (2005).

Durante a nossa permanência no bloco de partos, aquando da promoção do contacto precoce pais-filho, fomos questionadas inúmeras vezes pelos pais acerca deste assunto: “ele ouve?”; “não vê pois não?” ou “só vê as coisas enevoadas?”; “não o vão vestir? Ele deve estar cheio de frio!”; “não será melhor colocá-lo no berço? Não está nada confortável em cima da minha barriga e além disso pode cair”; “aqui em cima ele deixou de chorar...estará bem?”.

Em associação com a bibliografia consultada, estes comentários conduziram-nos a uma reflexão acerca do conhecimento e preparação dos casais para a vinculação precoce como um fator essencial para o seu comportamento e potencialmente dependente da intervenção do EESMO. Neste sentido, concebemos um plano de intervenção especificamente dirigido para a avaliação dos conhecimentos e competências para a vinculação precoce, adicionando momentos formativos para dar resposta às necessidades identificadas individualmente.

A população alvo deste plano abarcou o conjunto de grávidas/parturientes/casais que eram admitidos no bloco de partos por início ou para indução do trabalho de parto durante os turnos que realizamos.

Em ambos os contextos, utilizamos a técnica acidental para a constituição do grupo de informantes. Assim, os sujeitos foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam na unidade de cuidados e preenchiam os critérios de inclusão.

A realização da admissão da grávida/parturiente/casal na unidade constituiu-se uma condição essencial para a sua inserção no nosso plano de intervenção. No que diz respeito aos critérios de inclusão da amostra, definimos que estas gestantes deveriam ter uma idade gestacional igual ou superior a 34 semanas, e cuja vigilância do trabalho de parto e execução ou participação ativa do parto fosse realizada por nós. De igual modo, só os pais/companheiros que foram auscultados no momento de admissão e que, simultaneamente, se encontravam presentes no momento do parto foram englobados na amostra, o que justifica o facto de termos um número mais elevado de parturientes do que de pais/companheiros.

Com o intuito de identificar as necessidades cognitivas acerca dos comportamentos de expressão da vinculação por parte das parturientes/casais, empreendemos, numa primeira etapa, uma recolha de conhecimentos relativos à vinculação precoce no momento de admissão da mulher/casal para, em seguida, responder às necessidades cognitivas identificadas no decorrer do trabalho de parto.

Assim, o primeiro contacto com a parturiente/casal aquando da sua admissão foi estruturado para a concretização da entrevista de avaliação inicial, na qual foi utilizado o guião da unidade de cuidados. Em complementaridade a este, algumas questões foram adicionadas para facilitar a identificação fiel das competências cognitivas que cada um dos progenitores apresenta relativamente aos aspetos relacionados com a promoção da vinculação precoce. Após cada resposta negativa recebida de uma mãe ou pai, empreendemos uma breve explicação do item, salientando em que medida ele poderá ser determinante para a constituição do vínculo parental.

Embora este encontro fosse proporcionado, idealmente, na presença de ambos os pais, foi nosso interesse obter uma resposta diferenciada de cada um deles pela sua individualidade, sabendo que os conhecimentos e o comportamento de ambos são fundamentais para o fortalecimento da vinculação entre a tríade.

Salientamos que este momento constituiu-se como um ponto de partida para a formulação de diagnósticos e planeamento de intervenções promotoras da saúde, tal como habitualmente procedemos para qualquer outro domínio de um formulário de admissão.

O instrumento de recolha de dados que serviu de complemento ao guião de avaliação inicial do serviço consta no Apêndice 1. Neste quadro, ilustram-se os objetivos que representam os níveis de conhecimento que os pais deverão possuir, baseados na bibliografia consultada, por forma a garantirem um envolvimento emocional com o filho profícuo e consistente. Para cada objetivo definido, apresentam-se as questões elaboradas que lhes corresponderam.

Através da implementação deste instrumento de colheita de dados, identificamos os casais que apresentavam défice de conhecimentos relativos à vinculação, o que nos guiou para a formulação de planos de cuidados individualizados, possibilitando o esclarecimento oportuno destes ao longo do acompanhamento do trabalho de parto.

Após a ponderação do diagnóstico de situação identificado, a assistência a estes casais incluiu todas as intervenções de âmbito educacional, científico e sensório-motor que ampliassem estas competências, favorecendo a vinculação precoce em todos os períodos do trabalho de parto.

Posteriormente, na segunda etapa do plano de intervenção, procedemos à observação dos comportamentos parentais demonstrados pelo grupo de parturientes/casais no período imediatamente posterior ao nascimento.

Utilizamos a observação para avaliar o grau de envolvimento parental ao RN, através da identificação de comportamentos reveladores de *bonding*. Tal como para auferir o diagnóstico de situação, realizamos uma monitorização independente para cada progenitor.

Selecionamos o período do puerpério imediato para a avaliação destas competências parentais, uma vez que o nascimento representa um momento-chave para o desenvolvimento da interação precoce pais-filho, no qual o casal toma contacto com o verdadeiro bebé.

A grelha de observação foi construída com base na bibliografia consultada (Alves et al., 2005; Lopes & Fernandes, 2008; Pedro, 1985), acerca do modo como podemos determinar o grau de envolvimento parental ao RN após o nascimento, incluindo as características da

interação estabelecida e demonstrações de carinho e amor, de sentimentos de pertença, de preocupação com a segurança e bem-estar do RN e de identificação da sua individualidade. Com esta observação, pretendemos reunir os itens mais relevantes suscetíveis de serem avaliados no puerpério imediato, e representá-los da forma mais concisa possível (Apêndice 2).

A observação direta representa um método de recolha de dados frequentemente utilizado em ciências sociais para apreender os comportamentos no instante em que eles se produzem, analisando informações que só estão acessíveis através da linguagem não-verbal. As principais dificuldades desta técnica, que constatamos com esta experiência, consistem na interpretação potencialmente subjetiva das observações e na seletividade da memória, uma vez que, para a compreensão do fenómeno, o simples registo numa grelha de observação não é suficiente (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Assim, com o intuito de contornar estes obstáculos, para além de construirmos parâmetros de avaliação concretos e objetivos, associamos notas de campo em cada sistema familiar apreciado. Estes apontamentos foram redigidos após o contacto com a díade/tríade, constituíram como um reforço à observação empreendida e abarcaram aspetos potencialmente condicionadores da interação pais-filho, como os relativos à linguagem verbal e não-verbal (expressões faciais, postura e recetividade face ao nosso incentivo para o contacto e interação precoce).

Uma outra limitação que pode ser considerada diz respeito à presença dos profissionais de saúde poder coartar a espontaneidade do casal.

Na primeira etapa de recolha de dados, utilizamos o termo “parturientes” para definir o conjunto de mulheres que foram alvo da nossa intervenção no momento da admissão. Durante o puerpério imediato, referimo-nos a estas mulheres como “puérperas”, no sentido de diferenciar os dois momentos em que realizamos esta atividade. Já os conviventes significativos masculinos serão identificados através da expressão “pais/companheiros”.

As reflexões oriundas da análise dos dados recolhidos das parturientes e dos pais/companheiros serviram de mote à intervenção nos cuidados de saúde primários. Abordaremos, portanto, em seguida, a metodologia utilizada na terceira etapa deste plano de intervenção.

4.3.2. Cuidados de saúde primários: vinculação pré-natal e comunicação intrauterina.

Em continuidade com as atividades conduzidas no bloco de partos da ULSAM, projetamos uma atenção especializada direcionada para a promoção da vinculação e do *bonding* parental desde o período pré-natal, com enfoque nos cuidados de saúde primários.

Neste âmbito, todas as intervenções estabelecidas para a promoção de uma transição saudável da parentalidade acabam, invariavelmente, por ter impacto na estimulação da vinculação, uma vez que esta é uma das perspectivas sobre as quais pode ser analisada a transição para a parentalidade (Canavarro & Pedrosa, 2005). De facto, a aceitação da gravidez, a ambivalência emocional, a confirmação da realidade do feto e a integração do papel parental constituem alguns dos passos transversais aos dois processos, e igualmente relevantes para a consubstanciação dos papéis parentais.

O que trouxemos do período de estágio no bloco de partos da ULSAM foi, acima de tudo, uma preocupação acerca deste tema, pelo que, antes de planearmos qualquer intervenção específica no âmbito dos cuidados de saúde primários – USF Dallém D’Ave e UCC D. Maria II –, procuramos realizar um diagnóstico de situação adequado à população e à oferta de cuidados de saúde que estas unidades dispõem.

Neste sentido, reservamos as duas primeiras semanas de estágio neste contexto para avolumarmos a perceção acerca das necessidades de intervenção na área da promoção da vinculação precoce. Para tal, recorremos à observação e análise das práticas dos profissionais, associada à recolha das opiniões das EESMO da USF Dallém D’Ave e da UCC D. Maria II, bem como à interpretação subjetiva dos comentários e comportamentos evidenciados pelos pais no âmbito da assistência pré-natal.

Durante as consultas de vigilância pré-natal, os tópicos para a educação para a saúde são vários, tendo o EESMO a tarefa complexa de adequar a quantidade e qualidade da informação transmitida à capacidade intelectual e às necessidades específicas dos casais que cuida. Constatamos que a abordagem por parte das EESMO relativa ao desenvolvimento e competências fetais, a par da referência à estimulação da comunicação intrauterina, não constituem práticas frequentes nestas consultas, exceto quando são inquiridas acerca do assunto.

Efetivamente, as EESMO de ambas as unidades consideraram a temática relevante e pouco desenvolvida na prestação de cuidados durante o período pré-natal.

Acreditamos que os momentos proporcionados pela avaliação da altura do fundo uterino, pela auscultação dos ruídos cardíaco-fetais e pela análise dos relatórios ecográficos, entre outros procedimentos padronizados na vigilância materno-fetal, representam oportunidades excepcionais para a respetiva intervenção informal promotora da vinculação pré-natal. Tal como mencionamos atrás, algumas destas determinações cursam com períodos sensíveis para a consolidação do *bonding* parental. Assim, podemos ampliar o envolvimento afetivo parental se integrarmos ambos os pais nestes procedimentos e se lhes revelarmos e estádio de desenvolvimento psicomotor em que se encontra o feto, incluindo as suas capacidades interativas, sobretudo a partir das 22 semanas de gestação.

Na prestação de cuidados na USFDA, empreendemos estas intervenções durante as consultas de vigilância pré-natal, disponibilizando tempo para esta abordagem e fomentando a expressão afetiva da relação pais-filho.

Por outro lado, a estimulação da comunicação intrauterina, nomeadamente através da haptonomia, pode ser concretizada na vertente prática das sessões de preparação para a parentalidade conduzidas pelas UCC, através da criação de condições para o toque afetivo dos pais para com o seu filho *in* útero associados a uma música suave, aos exercícios respiratórios e de relaxamento e aos pensamentos agradáveis dirigidos ao feto.

Paralelamente à análise efetuada do ponto de vista dos profissionais de saúde, verificamos que as grávidas e casais que assistimos nestas unidades apresentam um desconhecimento geral acerca das estratégias promotoras da vinculação pré-natal e da comunicação intrauterina. Embora tenhamos aferido que alguns dos casais adotavam alguns destes comportamentos (como falar com o seu filho ou massajar suavemente o abdómen) espontaneamente, concluímos que, na sua maioria, não o faziam intencionalmente, desconheciam as capacidades interativas do feto e ignoravam que esta conduta privilegiava o desenvolvimento saudável da criança e o seu envolvimento com ela.

O diagnóstico de situação elaborado no âmbito destas unidades de cuidados de saúde primários, associado ao reconhecimento das carências cognitivas dos casais alvo do nosso estudo no bloco de partos da ULSAM, conduziu, portanto, à reflexão acerca da metodologia a empreender no sentido de potenciar competências essenciais ao *bonding* parental no período pré-natal.

Assim, partindo do objetivo específico formulado para esta intervenção na comunidade: fomentar o desenvolvimento da comunicação intrauterina e da vinculação precoce no período pré-natal, selecionamos como principal estratégia metodológica a realização de sessões de educação para a saúde em grupo acerca desta temática direcionadas

para os casais e outros conviventes significativos da população de grávidas abrangidas por estas unidades.

Não obstante a importância e concretização de intervenções promotoras da vinculação pré-natal e da comunicação intrauterina durante as consultas pré-natais, consideramos que a abordagem em grupo comporta vantagens acrescidas, tais como: a oportunidade de partilha de vivências entre grávidas e casais, nomeadamente das suas condutas e experiências interativas com o feto; a heterogeneidade dos participantes, incluindo a idade gestacional, o que pode representar uma motivação para as grávidas e casais com menor tempo de gravidez; o diálogo mais estruturado e aprofundado acerca deste assunto, com recurso a outros métodos que não o expositivo; a possibilidade de concretização prática das recomendações transmitidas.

O desenvolvimento deste plano de educação para a saúde alicerçou-se nas etapas explicitadas por Onega e Devers (2008): “identificar uma necessidade de aprendizagem de uma população específica; ter em consideração como a população aprende (. . .); desenhar e implementar um programa educativo; avaliar os efeitos do programa educativo na aprendizagem e no comportamento” (p. 304).

Deste modo, foi nosso intento corresponder às necessidades evidenciadas por esta franja da população, seleccionando estratégias ajustadas às suas características e expectativas. Esta análise apoiou-se no *feedback* demonstrado pelas grávidas e conviventes significativos aquando do contacto – presencial ou telefónico – para a convocação para participação nas sessões.

Tivemos presente que o principal desígnio das intervenções de educação para a saúde corresponde à capacitação das pessoas para a tomada de decisão e para modificarem o seu comportamento no sentido de promoverem e se responsabilizarem pela sua saúde (Carvalho & Carvalho, 2006; Dominguez & Alvarez, 1993; Laverack, 2007; Onega & Devers, 2008; Organisation Mondiale de la Santé, 1990; Quesada, 2004; Vilaça, 2007).

Perante a panóplia de classificação de modelos de educação para a saúde descritos na bibliografia consultada, optamos por implementar um modelo moderno de orientação salutogénica (Navarro, 1999; Vilaça, 2007), numa abordagem centrada no cliente (Carvalho & Carvalho, 2008). Os modelos modernos consistem em fornecer informação “não só sobre doenças e suas causas e consequências, mas também sobre bem-estar e condições sociopolíticas que o influenciam. Visa ainda analisar atitudes e comportamentos (. . .) e permite um maior grau de liberdade para realizar opções” (Navarro, 1999, p. 16). Ressaltando

a participação ativa dos formandos, direcionamo-nos para uma perspetiva comportamental, almejando a consciencialização para o seu desenvolvimento de competências (Vilaça, 2007).

Os modelos de educação para a saúde desenvolvidos mais recentemente baseados na capacitação, nomeadamente através do instrumento SIVAM: seleção do problema, investigação, visão, ação e mudança (Jensen, 1997) preconizam a atividade dos formandos desde a fase de conceção do problema até à sugestão de soluções ou estratégias de mudança (Vilaça, 2007). Embora estes modelos demonstrem resultados mais satisfatórios relativamente aos índices de adoção de comportamentos promotores da saúde, não se adequam a determinado tipo de intervenção, como é o caso da que enunciamos neste contexto.

Logo, procuramos, de igual modo, corresponder à generalidade dos requisitos estabelecidos para a terceira geração de educação para a saúde: os modelos críticos e participativos (Carvalho & Carvalho, 2006, 2008), a partir dos quais as formações são realizadas em parceria com os participantes e não simplesmente para estes. Encarada sob esta perspetiva, a educação para a saúde detém uma função social, pretendendo “ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 33).

Planeamos a execução da intervenção na USFDA e na UCC D. Maria II com o objetivo de abarcar o máximo número possível de casais, uma vez que a área de abrangência da UCC equivale a todo o concelho de Vila Nova de Famalicão e, por outro lado, uma parcela muito diminuta das grávidas naquele momento inscritas na USFDA frequentavam o Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. Deste modo, projetamos uma sessão na USFDA e três sessões na UCC D. Maria II, com duração (90 minutos) e conteúdos semelhantes mas moldáveis às especificidades de cada grupo.

O planeamento das sessões, intituladas por *Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina*, foi desenvolvido com o intuito de enfatizar as vertentes cognitiva e operacional da comunicação intrauterina, contribuindo para o empoderamento dos participantes para a execução das técnicas promotoras da vinculação pré-natal, além da abordagem dos aspetos favorecedores da interação pais-filho aquando do nascimento.

A metodologia que usamos nas sessões desenvolvidas incluiu, portanto, ações para além da exposição do tema, salvaguardando a participação ativa das grávidas/conviventes significativos através do recurso aos métodos ativo, interrogativo e demonstrativo. O plano de sessão estruturado encontra-se no Apêndice 3.

Para corresponder aos objetivos delineados em cada sessão, desenvolvemos um guia norteador dos tópicos de abordagem, incluindo as informações chave a debater com os participantes. Como complemento à sessão, servindo como síntese dos principais conteúdos desta, elaboramos um folheto informativo acerca da promoção da vinculação precoce e comunicação intrauterina. Consideramos que esta estratégia incrementa a taxa de sucesso da nossa intervenção, na medida em que fomenta a divulgação da importância e promoção da vinculação precoce entre os elementos da família (mesmo os que não estiveram presentes na sessão), à medida que poderá funcionar como guia e ponto de partida para a consecução das técnicas de estimulação da comunicação intrauterina.

Na USFDA, encetamos contactos presenciais (preferencialmente aquando das consultas de vigilância pré-natal) ou telefónicos para a convocação das grávidas e conviventes significativos – incluindo pais/companheiros, irmãos, mães ou amigos – a partir da lista de grávidas inscritas nesta unidade.

Consideramos oportuno seleccionar apenas as grávidas a partir das 20 semanas de gestação, por dois motivos: por um lado, os primeiros meses, geralmente, revestem-se de muita ambivalência emocional, em que se processam as tarefas de aceitação da gravidez e da realidade do feto (Canavarro & Pedrosa, 2005; Colman & Colman, 1994). A superação destas tarefas conduz à disponibilidade psicológica para o envolvimento emocional com o feto, facto avolumado pela percepção dos movimentos fetais ocorridos essencialmente por esta altura: Assim, na ausência de marcos temporais de concretização destas etapas, definimos que as grávidas e conviventes significativos estariam melhor preparados para desenvolver a sua interação com o seu filho a partir de meados do segundo trimestre. Por outro lado, as competências sensoriais do feto consolidam-se essencialmente até às 20/22 semanas de gestação (Lopes & Fernandes, 2008; Sá, 2008), altura a partir da qual se proporcionam condições para a reciprocidade na comunicação intrauterina.

Na sessão orientada na USFDA, para fomentar a interação entre o grupo, iniciamos pela apresentação de cada elemento do grupo e, para além disso, utilizamos os métodos interrogativo e demonstrativo para estimular a participação ativa de todos os elementos. Estas estratégias demonstraram-se relevantes para superar o embaraço inicial, contribuindo para uma progressiva envolvimento de todos os elementos no assunto em debate e fomentando a partilha de experiências e a discussão das técnicas de comunicação intrauterina.

Em relação à UCC D. Maria II, a intervenção abarcou apenas grávidas e conviventes significativos do terceiro trimestre, uma vez que a população alvo coincidiu com os grupos

que frequentavam os cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, os quais se dirigem a casais grávidos a partir das 28 semanas de gestação. Neste caso, foi planeada uma sessão teórica à parte do plano formulado pelas EESMO desta unidade, pelo que a sua divulgação foi levada a cabo nas sessões anteriores em que participamos.

Neste caso, os grupos já se conheciam entre si e houve contactos prévios em sessões anteriores nas quais colaboramos. Nas sessões práticas seguintes do curso, efetuamos instrução e treino das principais técnicas de comunicação intrauterina.

Com efeito, apesar de fomentarmos a participação ativa dos elementos e integrarmos a demonstração dos métodos de comunicação intrauterina, as sessões foram necessariamente teóricas na sua maioria, uma vez que valorizamos primariamente o desenvolvimento de competências cognitivas para a promoção da vinculação precoce.

Com vista à realização de um registo fiel das atividades operacionalizadas durante estas sessões, recorreremos ao SAPE para atualizar o plano de cuidados, selecionando os diagnósticos, respetivas intervenções adequadas e os resultados das intervenções.

A avaliação dos resultados não foi realizada na medida em que, para isso, teríamos de acompanhar as grávidas/conviventes significativos ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Dada a curta duração deste estágio, não sendo possível, temporalmente, realizar a avaliação de resultados, optamos pela avaliação do processo com a aplicação de um questionário de avaliação da satisfação a todos os participantes adultos no final de cada sessão, objetivando compreender a adequação das suas necessidades e expectativas prévias, a importância atribuída ao tema, a opinião acerca da qualidade dos conteúdos e métodos utilizados, o desempenho do formador e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos, medida pela intenção de operacionalizar as estratégias de promoção da vinculação precoce discutidas (Apêndice 4).

O questionário de satisfação foi construído com base no modelo de Kirkpatrick, que distingue quatro níveis de avaliação da eficácia da formação: a reação (satisfação com a implementação do projeto), a aprendizagem (cumprimento dos objetivos pelos participantes), o comportamento (impacto da sessão nos participantes e possibilidade de transferência para a situação real) e resultados (efeitos práticos da sessão) (Instituto para a Qualidade na Formação, 2006; Kirkpatrick, 1998).

Este questionário, de resolução anónima, reservou uma questão aberta de preenchimento facultativo relativa às sugestões ou comentários à sessão. Às restantes proposições era solicitado que os participantes assinalassem a sua concordância com base

numa escala de Likert: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente.

Esta terceira etapa do plano de intervenção concretizada no âmbito dos cuidados de saúde primários obedeceu ao respeito pelos princípios éticos, na medida em que foi garantida a privacidade e a confidencialidade dos dados, bem como a autorização prévia à sua transmissão. Todos os elementos da amostra aceitaram voluntariamente frequentarem as sessões e participarem nesta intervenção, após devidamente informados e esclarecidos acerca da metodologia.

4.4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo, apresentamos os principais resultados da nossa intervenção e respetiva discussão dos mesmos, à luz do estado da arte e ciência explorado previamente. À semelhança da estrutura anterior, iniciaremos pela apresentação e discussão dos resultados da intervenção em contexto hospitalar (bloco de partos da ULSAM) e, posteriormente, nos cuidados de saúde primários (USFDA e UCC D. Maria II).

4.4.1. Bloco de Partos.

A implementação do primeiro momento deste processo consubstanciou-se na perscrutação dos conhecimentos acerca da vinculação precoce no momento de admissão das parturientes e respetivos companheiros/pais no bloco de partos da ULSAM, e que passamos a apresentar.

Caraterização da Amostra.

O grupo alvo da nossa intervenção foi constituído por doze parturientes e cinco companheiros/pais. O reduzido número de pais incluídos deve-se ao facto de apenas estes corresponderem aos critérios de inclusão (estar presente no momento da admissão).

Das doze parturientes referidas, incluíam-se oito nulíparas e quatro múltiparas. Apenas uma das parturientes se encontrava em trabalho de parto pré-termo (35 semanas) e as restantes situavam-se em idades gestacionais compreendidas entre as 38 e as 41 semanas. Relativamente à idade materna, ficou compreendida entre os 21 e os 39 anos, situando-se numa média de aproximadamente 32 anos.

Na maioria, estas gravidezes foram planeadas e desejadas, com exceção para duas delas. Relativamente ao acompanhamento do trabalho de parto, além das cinco parturientes previamente referidas que se fizeram acompanhar do marido, duas foram apoiadas pelas mães e duas parturientes recusaram a presença de alguém significativo; as restantes três parturientes foram acompanhadas esporadicamente pelo marido ao longo do trabalho de parto, não estando estes presentes no momento de admissão nem no momento do nascimento.

Três das parturientes – n.º 4, 8 e 12 – apresentavam formação superior (grau mínimo equivalente a licenciatura) e profissões qualificadas. As parturientes n.º 1, 3 e 5 detinham um grau de formação básica (3º ciclo, correspondente ao ensino obrigatório), encontrando-se desempregadas ou com empregos pouco qualificados. As restantes possuíam o ensino secundário ou pós-secundário não superior.

Quatro parturientes (n.º 7, 8, 11 e 12) frequentaram cursos de preparação para a parentalidade. Por outro lado, metade das parturientes inquiridas não participou em qualquer curso; duas delas referiram ter assistido entre uma a três sessões. Nenhum dos pais frequentou qualquer destes programas.

O Quadro 1 apresenta os resultados obtidos a partir das entrevistas de admissão às parturientes. As respostas foram consideradas positivas sempre se correspondiam ao solicitado. Nas questões relativas à solicitação da nomeação de algo (objetivos n.º 4, 5, 7 e 10) esta era precedida da confirmação do conhecimento da proposição correspondente.

No que concerne às respostas das parturientes, cinco responderam positivamente em mais de metade das questões. Assim, sete parturientes obtiveram entre cinco e oito respostas negativas, das nove questões formuladas, e três parturientes responderam acertadamente a uma ou a duas, o que indica que desconhecem grande parte dos mecanismos intervenientes na vinculação precoce.

As competências que demonstraram dominar melhor correspondem à descrição de uma das necessidades básicas do RN e à identificação de uma das formas de comunicação inatas do RN, objetivos n.º 7 e n.º 10, e a que apresentaram maior dificuldade foi a relativa à permanência do companheiro na sala de partos representar um contributo para o desenvolvimento da interação entre a tríade, objetivo n.º 8.

Quadro 1 – Conhecimentos das parturientes relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no momento da admissão

Objetivos	Parturientes												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Demonstrar o que significa o contacto pele a pele.	N	S	S	S	N	S	S	S	N	N	S	N	S: 7 N: 5
2. Reconhecer a importância do contacto precoce para a vinculação recíproca pais-filho.	N	S	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S: 6 N: 6
3. Ter conhecimento do estado de grande alerta do RN na primeira hora de vida.	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	S: 3 N: 9
4. Identificar um dos sinais justificativos do reconhecimento materno por parte do RN (cheiro, voz, batimentos cardíacos).	N	S	S	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S: 7 N: 5
5. Reconhecer uma vantagem do alojamento conjunto (aleitamento materno, responder às necessidades físicas e psicológicas do bebé, promover a interação precoce).	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	N	N	S: 8 N: 4
6. Identificar a promoção da vinculação como uma das vantagens do aleitamento materno.	N	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N	S	S: 5 N: 7
7. Descrever uma das necessidades básicas do RN (afeto/relação precoce, mamar/sucção, calor, ambiente seguro)	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S: 9 N: 3
8. Reconhecer a importância do acompanhamento do companheiro no trabalho de parto para o desenvolvimento da interação entre a tríade.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S: 1 N: 11
10. Identificar uma das formas inatas/instintivas de comunicação do RN (ver, ouvir, agarrar, sorrir).	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S: 9 N: 3
Total	S: 1; N: 8	S: 7; N: 2	S: 4; N: 5	S: 6; N: 3	S: 2; N: 7	S: 4; N: 5	S: 7; N: 2	S: 8; N: 1	S: 4; N: 5	S: 2; N: 7	S: 6; N: 3	S: 4; N: 5	

Legenda: S – Sim; N – Não

De facto, o conhecimento da mãe acerca das necessidades do RN e das suas competências interativas promovem uma maior motivação para o envolvimento maternal (Gomes-Pedro, 2005). Por outro lado, a presença e apoio do pai/companheiro à parturiente durante o trabalho de parto e parto representam um dos fatores mais decisivos não só para o comportamento afetivo e interativo da mulher após o nascimento, como entre a tríade (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Macfarlane,

1992; Piccinici et al., 2004; Ribeiro, 2005), embora a maioria das parturientes incluídas na nossa intervenção desconhecêssem este aspeto no momento de admissão.

O Quadro 2 apresenta os resultados obtidos a partir das entrevistas de avaliação inicial aos pais/companheiros. De referir que as mulheres apoiadas pelos companheiros foram as n.º 4, n.º 8, n.º 10, n.º 11 e n.º 12, pelo que estes foram codificados da mesma forma.

Quadro 2 – Conhecimentos dos pais/companheiros relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no momento da admissão

Objetivos	Pais/Companheiros					
	4	8	10	11	12	Total
1. Demonstrar o que significa o contacto pele a pele.	S	N	N	N	N	S: 1 N: 4
2. Reconhecer a importância do contacto precoce para a vinculação recíproca pais-filho.	S	S	N	S	N	S: 3 N: 2
3. Ter conhecimento do estado de grande alerta do RN na primeira hora de vida.	S	N	N	N	N	S: 1 N: 4
5. Reconhecer uma vantagem do alojamento conjunto (aleitamento materno, responder às necessidades físicas e psicológicas do bebé, promover a interação precoce).	N	S	N	S	N	S: 2 N: 3
6. Identificar a promoção da vinculação como uma das vantagens do aleitamento materno.	N	N	N	N	N	N: 5
7. Descrever uma das necessidades básicas do RN (afeto/relação precoce, mamar/sucção, calor, ambiente seguro)	N	S	N	N	N	S: 1 N: 4
9. Desejar participar no trabalho de parto com o intuito de se relacionar o mais precocemente possível com o RN.	S	S	N	S	N	S: 3 N: 2
10. Identificar uma das formas inatas/instintivas de comunicação do RN (ver, ouvir, agarrar, sorrir).	S	S	S	N	N	S: 3 N: 2
Total	S: 5; N: 3	S: 5; N: 3	S: 1; N: 7	S: 3; N: 5	N: 8	

Legenda: S – Sim; N – Não

Relativamente ao conhecimento dos pais/companheiros, constatamos que, dos cinco pais, um deles não apresentou nenhuma resposta adequada e três deles não foram capazes de responder adequadamente a metade das questões. Os outros dois pais/companheiros responderam acertadamente a cinco dos oito parâmetros analisados.

Conforme se pode verificar no Quadro 2, o objetivo menos conseguido pelos pais/companheiros foi o n.º 6 (reconhecer que uma das vantagens do aleitamento materno é a

promoção da vinculação), em que não houve respostas acertadas. As competências que somaram melhores índices foram a n.º 2 (reconhecer a importância do contacto precoce para a vinculação recíproca pais-filho), a n.º 9 (desejar participar no trabalho de parto com o intuito de se relacionar o mais precocemente possível com o RN) e a n.º 10 (identificar uma das formas inatas de comunicação do RN), com três resultados positivos em cada uma.

O aleitamento materno representa um papel fundamental no fortalecimento da aliança familiar, no qual o pai também pode ser incluído (Alves et al., 2010; Kennell, 2005).

Uma das vantagens da permanência do pai/companheiro na sala de partos passa por dar-lhe a oportunidade de participar no momento único que é o nascimento do seu filho, em que o contacto precoce do pai com o RN terá impacto na vinculação futura e no desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2005).

Passamos a apresentar os resultados da segunda etapa do plano de intervenção neste contexto, através da observação dos comportamentos facilitadores da vinculação precoce.

No Quadro 3 encontram-se sumariados os resultados obtidos da observação dos comportamentos das puérperas. As codificações utilizadas para as parturientes mantêm-se, apenas alteramos para a designação de puérpera. Relativamente aos itens numerados, correspondem à lista de competências comportamentais que expusemos acima.

Todas as puérperas contemplaram o RN, demonstraram vontade em permanecer perto dele, tocaram, beijaram e acariciaram a criança e preocuparam-se com a sua segurança e bem-estar (parâmetros n.º 1,3,4 e 12). Estes aspetos relacionam-se com a capacidade de demonstrar afeto e com a função maternal, que passa por garantir o bem-estar da criança (Lopes & Fernandes, 2008).

Verificamos que quatro delas revelaram dificuldades ou não demonstraram mais de metade dos comportamentos considerados. Sete mães não identificaram diferenças individuais ou semelhanças físicas com familiares, o que pode estar relacionado quer com a precocidade da observação, quer com o facto de a garantia da privacidade ao casal obrigar a que a observação deste no puerpério imediato não seja contínua. Assim, alguns dos comportamentos avaliados negativamente poderiam ter sido empreendidos enquanto estavam a sós, o que pode constituir uma limitação da intervenção.

As manifestações comportamentais associadas a uma execução carecida de maior dificuldade corresponderam à reação ao choro do RN e ao início do aleitamento materno. O nosso apoio e a capacitação do companheiro (se presente) possibilitaram um melhor desempenho da função materna pretendida.

Quadro 3 – Comportamentos de expressão da vinculação precoce observados nas puérperas no puerpério imediato

Comportamentos de Expressão da Vinculação	Puérperas												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1. Contempla o RN.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S: 12
2. Tenta colocar-se numa posição de face a face com o RN.	N	S	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S: 6 N: 6
3. Demonstra vontade em permanecer perto do RN.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S: 12
4. Toca, beija e acaricia a criança.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S: 12
5. Sorri e fala para o RN.	N	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S: 8 N: 4
6. Verbaliza sentimentos positivos em relação ao RN.	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S: 6 N: 6
7. Destaca gestos peculiares/características da personalidade do RN.	N	S	N	N	N	N	S	S	S	S	N	S	S: 6 N: 6
8. Identifica diferenças individuais ou semelhanças físicas com familiares.	N	S	N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	S: 5 N: 7
9. Reage ao choro do RN, tentando consola-lo e acalmá-lo.	SD	S	S	S	SD	N	SD	S	S	S	S	S	S: 8 N: 1 SD:3
10. Amamenta na primeira hora após o parto.	SD	S	SD	S	SD	SD	S	S	S	S	S	S	S: 8 SD: 4
12. Preocupa-se com a segurança e bem-estar da criança.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S: 12
13. Reconhece alguma necessidade física do RN.	N	S	N	S	N	S	N	S	S	S	N	S	S: 7 N: 5
14. Toma a iniciativa na prestação de cuidados ao RN.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	SD	S: 4 N: 7 SD: 1
<u>Total</u>	S: 4; N: 7; SD: 2	S: 12; N: 1	S: 6; N: 6; SD: 1	S: 9; N: 4	S: 4; N: 7; SD:2	S: 6; N: 6; SD: 1	S: 10; N: 2; SD:1	S: 12; N: 1	S: 10; N: 3	S: 11; N: 2	S: 10; N: 3	S: 12; SD: 1	

Legenda: S – Sim; N – Não; SD – Sim, com dificuldade

Constatamos que a totalidade das puérperas amamentou na primeira hora após o parto. A amamentação e o contacto precoce na primeira hora de vida podem ser determinantes não só para a estabilidade do RN, como para o *bonding* maternal futuro.

As mães cujas aptidões cognitivas para a vinculação haviam sido avaliadas no momento da admissão como das mais positivas, evidenciaram elevados índices de interação com o RN, registrando-se onze a doze, dos treze, comportamentos promotores da vinculação no puerpério imediato.

Por outro lado, podemos refletir acerca dos efeitos da nossa intervenção nos comportamentos demonstrados posteriormente pelas puérperas, uma vez que todas elas apresentam uma maior percentagem de respostas adequadas nesta fase do que no momento da admissão.

Da observação que realizamos, verificamos que as puérperas n.º 2, 8 e 12 foram as que demonstraram mais competências promotoras da vinculação precoce (evidenciaram doze dos treze parâmetros considerados); em sentido oposto, as puérperas n.º 1 e 5 revelaram apenas quatro dos treze parâmetros, tendo sido as que obtiveram resultados menos positivos nesta abordagem.

Assim, através da caracterização sociodemográfica e outros aspetos relevantes que associamos a cada grelha de observação, pudemos constatar que a frequência nos cursos de preparação para a parentalidade, o nível socioeconómico e as habilitações literárias parecem constituir fatores preditivos de comportamentos maternos mais adequados ao favorecimento da vinculação precoce no pós-parto imediato. Não encontramos na literatura consultada a relação entre a frequência dos cursos de preparação para a parentalidade e os comportamentos promotores da vinculação no pós-parto imediato, embora vários autores se refiram à importância do conhecimento no envolvimento da mãe com o RN (Barnard & Summer, 2005; Brazelton, 1992; Gomes-Pedro, 2005). Por outro lado, o nível educacional e o grau socioeconómico têm sido descritos como variáveis que condicionam a interação precoce (Figueiredo, 2005; Soares, Martins, & Tereno, 2007)

Outros fatores a ter em conta dizem respeito às situações caracterizadas pela exaustão materna devido a um trabalho de parto prolongado e complicado (puérperas catalogadas com os n.º 5 e 6), bem como o caso da jovem mãe cuja gravidez não foi desejada (puérpera n.º 1). Ao evidenciarem quatro a seis dos treze comportamentos avaliados e demonstrarem dificuldades em um a dois parâmetros, salientamos que a observação dos comportamentos destas puérperas revelou maiores fragilidades e dificuldades na expressão de emoções e comportamentos promotores de envolvimento afetivo com o RN, o que poderá estar relacionado com os constrangimentos acima descritos.

Alguns autores reconhecem a influência das condições do parto (Figueiredo, 2005; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Verne & Kelly, 1985) e o facto de o bebé não ser desejado (Figueiredo, 2005) na vinculação que estabelecem com o RN após o nascimento.

Relativamente à avaliação dos resultados da observação dos cinco pais/companheiros envolvidos, apresentamos o Quadro 4.

Quadro 4 – Comportamentos de expressão da vinculação precoce observados nos pais/companheiros no puerpério imediato

Comportamentos de Expressão da Vinculação	Pais/Companheiros					
	4	8	10	11	12	Total
1. Contempla o RN.	S	S	S	S	S	S: 5
2. Tenta colocar-se numa posição de face a face com o RN.	S	S	N	S	S	S: 4 N: 1
3. Demonstra vontade em permanecer perto do RN.	S	S	S	S	S	S: 5
4. Toca, beija e acaricia a criança.	S	S	N	S	S	S: 4 N: 1
5. Sorri e fala para o RN.	S	S	N	S	S	S: 4 N: 1
6. Verbaliza sentimentos positivos em relação ao RN.	S	S	N	S	S	S: 4 N: 1
7. Destaca gestos peculiares/características da personalidade do RN.	S	S	N	N	S	S: 3 N: 2
8. Identifica diferenças individuais ou semelhanças físicas com familiares.	N	N	N	N	S	S: 1 N: 4
9. Reage ao choro do RN, tentando consola-lo e acalmá-lo.	S	S	S	N	S	S: 4 N: 1
11. Participa ativamente no aleitamento materno.	S	S	N	N	S	S: 3 N: 2
12. Preocupa-se com a segurança e bem-estar da criança.	S	S	S	S	S	S: 5
13. Reconhece alguma necessidade física do RN.	S	S	N	N	S	S: 3 N: 2
14. Toma a iniciativa na prestação de cuidados ao RN.	N	SD	N	N	N	N: 4 SD: 1
Total	S: 11; N: 2	S: 11; N: 1; SD: 1	S: 4; N: 9	S: 7; 6	S: 12; N: 1	

Legenda: S – Sim; N – Não; SD – Sim, com dificuldade

Apesar de a análise resultante da avaliação inicial dos pais revelar uma preparação cognitiva incipiente da parte destes para o *bonding*, a monitorização dos seus comportamentos

após o nascimento resultou num salto de aptidões demonstradas, à exceção do companheiro n.º 10, cuja avaliação foi congruente com a avaliação dos conhecimentos anterior.

As competências comportamentais que obtiveram melhores resultados consistiram na contemplação do RN, na demonstração de vontade em permanecer perto do RN e na preocupação com a sua segurança e bem-estar (itens n.º 1, n.º 3 e n.º 12).

Já a tomada de iniciativa na prestação de cuidados ao RN e a identificação de diferenças individuais ou semelhanças físicas com familiares revelaram-se os comportamentos menos observados.

As notas de campo que complementaram a nossa observação permitiram-nos reforçar os resultados que expusemos, na medida em que as expressões verbalizadas ou evidenciadas tanto pelas puérperas como pelos pais/companheiros permitiram-nos confirmar as observações registadas.

Não obstante ainda se verificar uma grande insegurança dos pais na prestação de cuidados ao RN, constatamos que o seu incentivo é determinante para colmatar esta limitação, pelo que alguns comportamentos anotados como afirmativos resultaram do apoio prestado e facilitação da interação.

Comparando os resultados obtidos da observação das puérperas com a identificação das competências cognitivas das mesmas mulheres no momento da admissão, confirmamos uma marcada tendência para a proporcionalidade direta entre os conhecimentos acerca da promoção da vinculação precoce aquando do acolhimento na unidade e a demonstração de comportamentos favoráveis no período sensível para a interação precoce mãe-filho.

Tanto as parturientes como os pais/companheiros revelaram melhores resultados na segunda etapa da recolha de dados do que no momento de admissão, levando-nos a concluir que, apesar de apresentarem fragilidades no que concerne aos conhecimentos acerca dos fatores favorecedores da vinculação precoce, após o nascimento demonstraram comportamentos de expressão da vinculação favoráveis ao seu envolvimento com o RN.

4.4.2. Cuidados de saúde primários.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, realizamos uma sessão de educação para a saúde subordinada à temática da vinculação precoce e comunicação intrauterina, adaptando o conteúdo a cada grupo de participantes. Efetuamos uma sessão na USFDA a um grupo de casais, nos quais as grávidas realizavam a sua vigilância pré-natal nesta instituição, e três

sessões na UCC D. Maria II, a três grupos de casais que se encontravam a frequentar a curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

Caraterização da Amostra.

A sessão realizada na USF Dallém D'Ave apresentou uma população de quinze grávidas (das 21 que foram convocadas antecipadamente). Destas, duas vieram acompanhadas pelo marido e filho, cinco fizeram-se acompanhar pelo marido, uma por um filho e outra por uma amiga; assim, seis grávidas não tiveram companhia na sessão.

A sessão foi dirigida, portanto, a vinte e seis pessoas: quinze grávidas, sete pais, três irmãos e uma amiga.

O grupo de grávidas apresentava uma média de 29 anos de idade (idades compreendidas entre os 17 e os 38) e encontrava-se entre as 20 e as 35 semanas de gestação, numa média de 25 semanas.

Os irmãos que assistiram a esta sessão tinham idades compreendidas entre cinco e dez anos, pelo que foi possível ajustar a abordagem dos conceitos por forma a integrá-los no tema e incentivá-los à relação intrauterina.

Uma das grávidas era adolescente, a sua gravidez não foi planeada e não se relacionava com o pai da criança, pelo que se encontrava acompanhada de uma amiga.

Relativamente às três sessões orientadas na UCC D. Maria II, durante as sessões teóricas previstas numa semana para os três cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade existentes, obtivemos, no total, uma participação de vinte e oito pessoas: dezanove grávidas e nove pais (dez das grávidas frequentaram sozinhas a sessão). A idade gestacional ficou compreendida entre as 30 e as 40 semanas de gestação. A idade das grávidas situou-se entre os 21 e os 39 anos.

A participação ativa das grávidas/casais destes grupos foi espontânea e efetiva, tendo-se criado um clima de proximidade favorecedor da discussão e integração dos principais conteúdos.

Apresentamos o Quadro 5, referente aos resultados da avaliação das sessões realizadas na USFDA e UCC D. Maria II. Esta avaliação efetivou-se a partir de 51 questionários de satisfação: trinta e quatro grávidas, dezasseis pais/companheiros e uma amiga.

Quadro 5 – Frequências relativas das respostas ao questionário de satisfação dos participantes com a sessão *Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina*

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A frequência desta ação foi útil.	-	-	-	5,88%	94,12%
O tema tratado na sessão é importante.	-	-	-	3,92%	96,08%
As metodologias utilizadas foram adequadas.	-	-	-	3,92%	96,08%
O tema foi apresentado de forma coerente e estruturada.	-	-	-	3,92%	96,08%
Os objetivos da ação foram concretizados.	-	-	-	3,92%	96,08%
A forma como foi desenvolvida a sessão despertou o meu interesse.	-	-	1,96%	5,88%	92,16%
A sessão correspondeu às minhas expectativas iniciais.	-	-	1,96%	7,84%	90,20%
A linguagem utilizada pela enfermeira foi adequada.	-	-	-	-	100%
Tenciono usar o conhecimento adquirido daqui em diante.	-	-	1,96%	1,96%	96,08%
No global, avalio esta sessão como positiva.	-	-	-	1,96%	98,04%

Analisando este quadro, verificamos que 100% dos pais consideraram adequada a linguagem utilizada. Já a opinião dos participantes relativamente à correspondência da sessão com as expectativas prévias constituiu a resposta menos conseguida, com cerca de 90,2% de frequência para a opção “concordo totalmente”.

A resposta “concordo parcialmente” foi registada em percentagens entre 1,96% e 7,84% em quase todos os parâmetros (à exceção do item relativo à linguagem).

Por seu turno, a opinião “indiferente” foi assinalada por um mesmo participante da sessão em três parâmetros, significando uma média de 0,59%.

Não obtivemos nenhuma resposta de discordância total ou parcial em qualquer item.

Assim, as percentagens apontam que a generalidade dos participantes presentes nas quatro sessões consideraram a sessão útil, o tema importante, as metodologias adequadas, a apresentação do tema coerente e estruturada, os objetivos da ação concretizados, a sessão despertou interesse e correspondeu às suas expectativas, que a linguagem foi adequada e revelaram que tencionam utilizar o conhecimento adquirido no futuro, avaliando a sessão globalmente como positiva.

Deste modo, os moldes em que se inseriram as nossas sessões corresponderam à intenção de contribuir para que os seus participantes desenvolvam competências essenciais para a escolha de comportamentos promotores da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Relativamente às sugestões ou comentários apontados, registamos quatro, que passamos a citar: “na minha opinião foram abordados todos os principais temas que devemos saber sobre o bebé na gravidez”; “no geral os conteúdos foram claros, fica a sugestão de uma maior componente prática”; “fiquei esclarecida” e “nada a registar”. Podemos então realçar a sugestão assinalada por um dos participantes da sessão na USFDA, que consistiu no aprofundamento da vertente prática.

4.5. Conclusões e Recomendações

Numa retrospeção ao plano de intervenção empreendido no bloco de partos e nos cuidados de saúde primários, podemos concluir que:

De um modo geral, as mães e os pais apresentaram conhecimentos pouco aprofundados acerca das estratégias promotoras da vinculação precoce. A nosso ver, este diagnóstico de situação representa uma parca predisposição aos comportamentos promotores da interação e do *bonding* parental.

Os pais apresentam um défice de conhecimentos superior ao demonstrado pelas mães, demonstrando menores índices de competências cognitivas para a vinculação precoce.

As mães e pais que apresentaram níveis de conhecimento favoráveis à promoção da vinculação precoce corresponderem àqueles que, imediatamente após o nascimento, evidenciaram comportamentos caraterísticos de um maior envolvimento emocional com o seu filho.

Relativamente à observação de comportamentos de expressão da vinculação nas puérperas, a demonstração de amor, o carinho e a vontade de proximidade esteve sempre presente. Por outro lado, as competências que se associaram a maiores dificuldades

consistiram na reação ao choro do RN e no início do aleitamento materno, sugerindo que a evidência de uma maior insegurança e necessidade de ajuda para a prestação de cuidados ao RN (resposta ao choro e amamentação).

Analisando as observações recolhidas, as mães demonstraram maior apetência do que os pais para o vínculo precoce no puerpério imediato, embora as diferenças tivessem sido mais dissipadas do que no diagnóstico de situação prévio.

As puérperas numeradas de 9 a 12 evidenciaram bons comportamentos promotores da vinculação, corroborando a ideia de que os momentos formativos proporcionados durante a entrevista de avaliação inicial e no prosseguimento do trabalho de parto obtiveram efeitos marcadamente positivos. Assim, a intervenção especialmente dirigida às necessidades identificadas no momento de admissão parece beneficiar a expressão de comportamentos favorecedores da vinculação precoce no puerpério imediato, uma vez que os resultados da segunda etapa revelaram-se consistentemente mais positivos do que os da primeira.

Verificamos que os comportamentos de expressão da vinculação não observados nas mães (porque não os demonstraram) correspondem, em grande parte, aos níveis comportamentais nos quais os pais apresentaram maiores dificuldades. Por outro lado, puérperas que apresentaram índices favoráveis ao *bonding* têm companheiros cujos comportamentos demonstram a mesma propensão.

Para além da consecução do nosso plano de intervenção, um fator extremamente relevante que concorreu para a evolução na demonstração de competências entre o momento de admissão e o puerpério imediato foi a presença do pai/companheiro, confirmando a proposição que vários autores adiantaram acerca desta matéria: o apoio do pai durante o trabalho de parto fomenta o *bonding* materno (Figueiredo, 2005; Piccinini et al., 2004; Ribeiro, 2005).

Embora o grupo participante tenha sido pequeno, pareceu-nos encontrar alguns parâmetros já descritos na literatura que podem condicionar os comportamentos de expressão da vinculação, e que nos levam à reflexão acerca da adequação da nossa intervenção enquanto EESMO, face às parturientes que deverão merecer maior atenção da nossa parte. É o caso da frequência nos cursos de preparação para a parentalidade (que podem ser convertido em maiores índices de conhecimento) e das habilitações literárias, que, na nossa intervenção, corresponderam a comportamentos maternos mais adequados no puerpério imediato, parecendo-nos que estes fatores poderão ter tido alguma influência, tal como nos referem

alguns autores (Barnard & Summer, 2005; Brazelton, 1992; Figueiredo, 2005; Gomes-Pedro, 2005; Soares, Martins, & Tereno, 2007).

Por outro lado, ao longo das últimas décadas, vários investigadores se debruçaram acerca do *bonding* materno, procurando determinar qual o momento em que se inicia essa relação por parte da mãe e se esse aspeto influencia a vinculação no futuro, tendo concluído que não existe uma relação de causa-efeito entre a interação precoce estabelecida logo após o nascimento e a qualidade do *bonding* meses depois. Contudo, a literatura é unânime em corroborar a importância do contacto precoce e dos comportamentos vinculativos logo após o nascimento para o bem-estar da criança e de todo o sistema familiar. Assim, uma das limitações desta intervenção que pode fragilizar a utilidade dos dados recolhidos corresponde à possibilidade de nem todas as mães/pais sentirem-se ligados aos filhos logo a seguir ao parto, sem que isso represente, por si só, um fator de risco condenatório do desenvolvimento infantil futuro (Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Macfarlane, 1992; Winnicott, 1995).

As quatro sessões empreendidas tiveram uma boa adesão da população de grávidas e respetivos conviventes significativos, com a participação ativa de todos nas sessões, o que representou uma vantagem concludente para a dinâmica das sessões, proporcionando condições ideais para a partilha de emoções e experiências, bem como para a assimilação e demonstração dos conhecimentos acerca da vinculação precoce e das técnicas de estimulação da comunicação intrauterina.

Os parâmetros do questionário avaliados mais negativamente neste instrumento de avaliação incluíram a harmonização das expectativas iniciais e a ativação do interesse pela forma como foi desenvolvida a sessão. Refletindo acerca destes resultados, em conjunto com a sugestão assinalada para uma maior atenção à componente prática, consideramos que esta pode ter sido uma das fragilidades das sessões. Efetivamente, a adesão às estratégias promotoras da vinculação parental encontra-se dependente da importância atribuída a este assunto, bem como dos conhecimentos que possuem a este nível, pelo que foi nosso intento servir como ponto de partida para o fortalecimento dos laços afetivos entre a tríade.

De facto, os dados recolhidos nunca poderão ser generalizados, dada a dimensão do grupo estudado, a subjetividade da avaliação e a multiplicidade de variáveis que concorrem para o *bonding* parental para além das que foram consideradas.

Destas reflexões acerca desta atividade, emergiram um conjunto de recomendações a serem consideradas:

Da literatura consultada, sabemos que, quanto mais envolvido estiver o pai na gravidez e na interação com o seu filho, mais desperto estará para a importância da sua presença no bloco de partos e acompanhamento de todo o processo de nascimento, trazendo inúmeros benefícios para a vinculação recíproca pais-filho (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2005; Kennell, 2005; Macfarlane, 1992; Piccinini et al., 2004; Ribeiro, 2005). Para além do acompanhamento do pai, o contacto precoce pele-a-pele, o início da amamentação tão cedo quanto possível e a demonstração pelos pais de afeto e amor, assegurando as melhores condições para a adaptação do RN à vida extrauterina, constituem dos melhores exemplos da garantia da vinculação perinatal. Neste sentido, reiteramos a importância da presença, participação ativa e apoio do pai/companheiro durante a gravidez e em todas as fases do trabalho de parto, uma vez que parece determinar uma melhoria considerável dos comportamentos observados na mãe, resultando num *bonding* parental favorecedor do fortalecimento da aliança familiar e do melhor desenvolvimento da criança.

Os dados recolhidos e as conclusões obtidas serão divulgados não só nos contextos onde foi empreendida a atividade, como disponibilizados a toda a comunidade académica e científica, no sentido de promover a sensibilização e consciencialização dos profissionais de saúde para a importância de aprofundar esta temática nos diversos contextos assistenciais. A sensibilização das equipas de enfermagem e multidisciplinares também se afigurou como prioritária para a consolidação da promoção da vinculação precoce, pelo que se torna necessário a realização de debates e investigação nesta área entre os EESMO, quer a nível académico, quer profissional.

A vinculação precoce pode e deve ser referida e potenciada ao longo das consultas de vigilância pré-natal, no entanto, julgamos que as sessões teóricas e práticas dos cursos de preparação para a parentalidade constituem momentos excecionais para a capacitação cognitiva e comportamental/instrumental das grávidas, casais e/ou conviventes significativos para a estimulação da comunicação intrauterina, através do ensino, instrução e treino destas habilidades.

Como síntese final, e numa apreciação global à intervenção realizada no domínio da promoção da vinculação precoce, concluímos que esta deve ser promovida pelos EESMO ao longo do período pré-natal, potenciando a inclusão dos pais nas consultas de vigilância e abordando o estágio de desenvolvimento embrionário ou fetal em cada um destes momentos.

A frequência do casal nos cursos de preparação para o parto e parentalidade exerce uma influência crucial na consolidação do envolvimento emocional dos pais para com o seu filho.

Conclusões

Este relatório de ENP foi construído com base na intervenção realizada e na reflexão acerca do nosso desempenho ao longo dos três contextos onde prestamos cuidados: bloco de partos da ULSAM, unidade de patologia materno-fetal do Hospital de Braga e cuidados de saúde primários (USFDA e UCC D. Maria II).

A consecução desta análise importou pressupostos oriundos da teoria das relações interpessoais de Peplau (1990) e da teoria das transições de Meleis (2010), com maior enfoque para a transição para a parentalidade. Outros fatores concorrentes para este planeamento da intervenção e abordagem crítica do relatório sustentaram-se nos compromissos deontológicos e legais, a par das nossas aspirações, expectativas e necessidades pessoais, profissionais e formativas essenciais para o alcance dos conhecimentos, atitudes e competências requeridos ao EESMO.

Para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, o EESMO detém uma responsabilidade na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante todo o ciclo de vida. Para uma inequívoca prestação de cuidados especializada, este profissional deve dotar-se de competências técnicas, científicas e humanas (relacionais, éticas, comunicacionais) aprimoradas que o auxiliem nos processos de tomada de decisão nas diferentes conjunturas da prática clínica.

A atividade profissional do enfermeiro especialista deverá incluir ações de investigação que sustentem a prática, na qual este é descrito como perito. No entanto, um enfermeiro competente não é aquele que só domina o *saber fazer*, mas sim aquele que utiliza o seu *saber ser* e *saber estar* para conquistar a confiança do utente e, junto dele, constituir uma aliança terapêutica dominada pela compreensão e empatia para com o outro.

Assim, a prestação de cuidados em cada unidade de cuidados pautou-se pela tenacidade no desenvolvimento de competências relacionais, cognitivas e técnico-científicas, associada ao desejo ávido de alcançar o grau mais elevado possível de perícia de cuidados especializados em cada contexto. O plano de ação operacionalizado foi adequado, objetivo e exequível, tendo cada etapa do ENP contribuído de forma decisiva para a evolução da nossa autonomia e autoconfiança, bem como para a capacidade de tomada de decisão consciente e fundamentada, utilizando o juízo crítico para modelar a prática clínica.

Realizamos um diagnóstico de situação caracterizador de cada serviço, que nos auxiliou na seleção de estratégias de intervenção passíveis de corresponder às necessidades identificadas. Neste âmbito, valorizamos não só o domínio da prestação de cuidados, como também as áreas da gestão, da formação e da investigação.

As unidades de cuidados, bem como as suas equipas, constituíram um dos pontos fortes deste ENP, ao proporcionarem-nos experiências gratificantes e potenciadoras da aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, perfilando a nossa identidade profissional.

Selecionamos a promoção da vinculação precoce como área de intervenção específica, pelo que aprofundamos competências a este nível e efetuamos um plano de atuação que abarcou uma metodologia de natureza investigativa nos contextos de bloco de partos e cuidados de saúde primários.

Sabendo que a vinculação precoce contribui para o desenvolvimento físico e psicomotor da criança e terá implicações para a vida adulta, salientamos a pertinência de empreendermos estratégias e atividades promotoras da mesma desde os seus primórdios, ou seja, a partir do momento em que surge o desejo de ter uma criança.

Por outro lado, o *bonding* parental, entendido como a relação afetiva dos pais para com os filhos, associa-se a uma transição para a parentalidade saudável, à integração mais célere dos papéis parentais e um maior equilíbrio conjugal e familiar, corroborando a importância da intervenção específica do EESMO para a potenciação desta interação precoce.

A análise dos resultados que encontramos levaram-nos a concluir que a intervenção sistematizada acerca da promoção da vinculação precoce durante o período pré-natal representa um dos maiores contributos do EESMO para o bem-estar da tríade, pelo que deve ser iniciada nas consultas de vigilância pré-natal, integrar os cursos de preparação para a parentalidade e prosseguir com uma atenção especializada durante e após o trabalho de parto.

Por último, salientamos a importância da reflexão na ação, sobre a ação e para a ação, conducente a uma busca incessante pela melhoria dos cuidados prestados em saúde materna e obstetrícia. Podemos abordar a relação entre a prática de cuidados e a investigação como que de uma cadeia alimentar se tratasse: se a investigação se alimenta e emerge das reflexões oriundas da prática, também ela alimenta e engrandece os cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Relatório de Benchmarking | Hospitais EPE e PPP*. Obtido em 22 de abril de 2014, de Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Benchmarking.pdf>
- Alarcão, M., Relvas, A. P., & Sá, E. (2004). A complementaridade das interações mãe-bebé. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebé* (2a ed., pp. 113-120). Lisboa: Fim de Século.
- Alves, A. R., Carreto, F., Freitas, S., Costa, F., & Ramos, A. (outubro-dezembro de 2010). A representação do papel do pai no aleitamento materno. *Percursos*, 18, pp. 32-37.
- Alves, A., Cavadas, G., Amaral, M., & Pereira, T. (julho-dezembro de 2005). A tríade interactiva enfermeiro/pais/recém-nascido. *Informar*, 35(Ano XI), pp. 57-62.
- Barnard, K. E., & Summer, G. A. (2005). Incentivar a consciência sobre os padrões comportamentais do bebé: elementos de ajuda antecipatória para os pais. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (1a ed., pp. 205-230). Lisboa: Dinalivro.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-343). Lisboa: Fim de Século.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Boutinet, J. P. (1996). *Antropologia do Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brandão, S. M. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto (Dissertação de Mestrado)*. Obtido em 3 de maio de 2014, de Repositório Aberto da Universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf>
- Brazelton, T. B. (1991). *Cuidando da Família em Crise*. São Paulo: Martins Fontes Editora, Lda.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (2003). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (6a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A Relação mais Precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes* (2a ed.). Cambridge: Da Capo Press.
- Brito, I. (2005). Para uma nova clínica de pais e bebés. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 409-429). Lisboa: Fim de Século.
- Brito, I. (setembro-outubro de 2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), pp. 600-604.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade - Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Carmo, A. J. (dezembro de 2009). Os Homens e a Maternidade: a vivência da gravidez e a conceção de maternidade e paternidade. *Nursing*, 252(Ano 21), pp. 16-22.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (junho de 2008). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Obtido em 27 de abril de 2014, de Repositório da Universidade do Minho: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8100/1/LIDEL_Eixos%20valores%20PES.pdf
- Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Francoeur, D., Dubé, J., Gagnon, S., . . . Dumont, A. (2007). Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), pp. 791-797.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (22 de outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Obtido em 20 de abril de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (julho-setembro de 2007). Preocupações de mãe e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, XXV(3), pp. 381-398.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2008). *Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe*. Obtido em 15 de maio de 2012, de Repositório da Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4217>
- Conselho Consultivo das Famílias - Grupo de Trabalho Parentalidade Positiva. (julho-dezembro de 2008). Carta de Princípios para uma Parentalidade Positiva. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 50/51, pp. 23-28.
- Conselho de Enfermagem. (4 de junho de 2009). *Parecer n.º 142/2009: Realização de Exames Citológicos Cérvico-Vaginais*. Obtido em 22 de novembro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20142_02%2006%202009_Exames%20Citol%C3%B3gicos%20Cervico-Vaginais_VFinal.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2. Trad. Dra. Hermínia Castro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Corbett, R. W. (2008a). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.
- Corbett, R. W. (2008b). Gravidez de Risco: Patologia Pré-existente. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 707-752). Loures: Lusodidacta.
- Costa, M. I. (outubro de 2004). A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, pp. 74-100.
- Cyrulnik, B. (1995). *Sob o Signo do Afecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (29 de julho de 2008). *Transition do parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood*. Obtido em 2 de maio de 2014, de National Center for Biotechnology Information: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/pdf/1471-2393-8-30.pdf>
- Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho. (2008). *Diário da República n.º 121 - I Série*, 3835-3853. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 15/92 de 4 de fevereiro. (1992). *Diário da República n.º 29 - I Série-A*, 713-714. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de agosto. (1987). *Diário da República n.º 197 - I Série*, 3332.

Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). *Diário da República, n.º 60 - I Série-A*,

2242-2257. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte. (2011).

Avaliação da Atividade Contratualizada em Cuidados de Saúde Primários 2006-2011.

Obtido em 25 de abril de 2014, de Portal da Administração Regional de Saúde do

Norte: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Final_2011_CSP_Regiao_Norte_Evol%202006_2011.pdf

Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Norte. (2012).

Avaliação da Atividade Contratualizada em Cuidados de Saúde Primários: Análise

2006-2012. Obtido em 25 de abril de 2014, de Portal da Administração Regional de

Saúde do Norte: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf

Department of Reproductive Health & Research. (1996). *Care in Normal Birth: a practical*

guide. Obtido em 23 de abril de 2014, de World Health Organization:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Direção-Geral da Saúde. (16 de janeiro de 2006). *Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais*.

Obtido em 27 de maio de 2013, de Direção-Geral da Saúde:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde*

Reprodutiva, Planeamento Familiar. Obtido em 20 de novembro de 2013, de

Sociedade Portuguesa da Contraceção: http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

Direção-Geral da Saúde: Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. (2006).

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação

para Profissionais de Saúde. Obtido em 2 de janeiro de 2014, de Direção-Geral da

Saúde: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>

Diretiva n.º 36/2005/CEE. (2005). Diretiva do Conselho de 7 de setembro de 2005. *Jornal*

Oficial das Comunidades Europeias, L 255, 22-142.

- Diretiva n.º 80/155/CEE. (1980). Diretiva do Conselho de 21 de janeiro de 1980. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 33, 8-12.
- Diretiva n.º 89/594/CEE. (1989). Diretiva do Conselho de 30 de outubro de 1989. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 341, 19-29.
- Dominguez, A. V., & Alvarez, V. P. (1993). *Educacion para la Salud*. Mexico: Interamericana, Mc Graw-Hill.
- Ferreira, A., Neves, Â., Bernardes, M. M., Marques, T., & Leitão, M. N. (2008). Da Conjugalidade à (Co)Parentalidade: Vivências dos Casais - Estudo qualitativo-descritivo ao casal no primeiro ano de vida do filho(a). *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 9, pp. 48-52.
- Ferreira, M. M., & Costa, M. G. (outubro de 2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30(Ano 8), pp. 51-58.
- Fifer, W. P. (2005). O feto, o recém-nascido e a voz da mãe. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton, *A criança e a Família no Século XXI* (1a ed., pp. 127-135). Lisboa: Dinalivro.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 287-313). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (maio de 2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), pp. 99-107.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Garcês, M. M. (2011). *Vivência da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade (Dissertação de Mestrado)*. Obtido em 2 de Dezembro de 2013, de Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/1783>
- George, J. B., & Col. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gomes, M. C. (2009). *Alguns factores que influenciam o desejo do casal durante a gravidez (Dissertação de Mestrado)*. Obtido em 20 de Abril de 2012, de Repositório da Universidade de Lisboa: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1052>

- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (1a ed., pp. 23-47). Lisboa: Dinalivro.
- Gomez, R. M. (2005). O pai: paternidade em transição. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-278). Lisboa: Fim de Século.
- Gomez, R., & Leal, I. (novembro de 2007). Vinculação Parental durante a Gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), pp. 153-165.
- Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Giulio, P. D. (março-abril de 2010). Skin-to-skin Contact After Cesarean Delivery: An Experimental Study. *Nursing Research*, 59(2), pp. 78-84.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Guedes, M., Carvalho, P. S., Pires, R., & Canavarro, M. C. (outubro-dezembro de 2011). Uma abordagem qualitativa às motivações positivas e negativas para a parentalidade. *Análise Psicológica*, XXIX(4), pp. 535-551.
- Hanson, S. M.-H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hospital de Braga. (s.d.). Obtido em 23 de abril de 2014, de Hospital Braga: www.hospitaldebraga.pt
- Hospital de Braga. (s. d.). *Regulamento Interno do Hospital de Braga*. Obtido em 24 de abril de 2014, de Hospital de Braga: https://www.hospitaldebraga.pt/ResourceLink.aspx?ResourceName=Regulamento_Interno_do_Hospital_de_Braga.pdf
- Houts, R. M., Barnett-Walker, K. C., Paley, B., & Cox, M. J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15, pp. 103-122.
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau - Enfermagem Psicodinâmica. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a ed., pp. 423-444). Loures: Lusociência.
- Instituto para a Qualidade na Formação. (maio de 2006). *Guia para a avaliação da formação*. Obtido em 30 de abril de 2014, de Instituto do Emprego e Formação Profissional: <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=28919&img=39>
- International Confederation of Midwives. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Obtido em 17 de abril de 2014, de International Confederation of Midwives: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/IC>

- M%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf
- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research: Theory & Practice*, 12(4), pp. 419-428.
- Kennell, J. H. (2005). Tornar-se família: vinculação e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (1a ed., pp. 63-81). Lisboa: Dinalivro.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière*. Paris: Maloine.
- Kirkpatrick, D. (1998). *Evaluating training programs: the four levels* (2th ed.). San Francisco: Berret-Koehler.
- Kitzinger, S. (1995). *A Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Knauth, D. G. (março-abril de 2001). Marital Change during the Transition to Parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), pp. 169-184.
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. London: Mc Graw-Hill.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2005a). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005b). Novas e velhas parentalidades. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 363-399). Lisboa: Fim de Século.
- Lefevre, R. A. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem - Uma ferramenta para o pensamento crítico* (7a ed.). São Paulo: Artmed.
- Lei n.º 9/2009 de 4 de março. (2009). *Diário da República*, n.º 44 - I Série-A, 1466-1530. Lisboa: Assembleia da República.
- Lesne, M. (1977). *Trabalho pedagógico e educação de adultos: elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, I. (2010). *Formação inicial: Metodologias Formativas baseadas em Experiências de Vida ao longo das quais se formam a Identidade Pessoal e a Identidade Profissional em Enfermagem. Um contributo para conhecer o Corpo que somos* (Tese de

- Doutoramento). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Linard, A. G., Pagliuca, L. M., & Rodrigues, M. S. (2004). Aplicando o modelo de avaliação de Meleis à teoria de Travelbee. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 25(1), 9-16.
- Lipsitt, L. P. (2005). A experiência precoce e o comportamento do bebé no século XXI. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (1a ed., pp. 93-125). Lisboa: Dinalivro.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. S. (março de 2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Obtido em 3 de junho de 2014, de Repositório da Universidade Católica Portuguesa: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDMQFjAD&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fbitstream%2F10400.14%2F10563%2F2%2Ftese%2520de%2520doutoramento.pdf&ei=uM7HU5WKNeWe0QXw3IDwCw&usg=AFQjCNGRwBsAWUsoqPm7sG>
- Lopes, M. S., & Dixe, M. A. (julho-agosto de 2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), pp. 1-9.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*, 1(III Série), pp. 109-118.
- Lopes, S., & Fernandes, P. G. (novembro de 2005). O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 63, pp. 36-42.
- Lopes, S., & Fernandes, P. G. (maio de 2008). Era uma vez um ser de um palmo e meio... *Sinais Vitais*, 78, pp. 9-13.
- Lourenço, S. d., & Afonso, H. G. (outubro de 2008). Nascimento do primeiro filho e alterações familiares. *Nursing*, 238(Ano 18), pp. 22-28.
- Lowdermilk, D. L. (2008a). Avaliação Inicial e Promoção da Saúde. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 67-105). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (2008b). Controlo do Desconforto. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 355-387). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (2008c). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.

- Macfarlane, A. (1992). *Psicologia do Nascimento*. (P. Reis, Trad.) Lisboa: Edições Salamandra.
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança (Dissertação de Mestrado)*. Obtido em 29 de Novembro de 2013, de Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/1784>
- Manning, B. (2008). Transição para a Parentalidade. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7a ed., pp. 521-556). Loures: Lusodidacta.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Obtido em 2 de junho de 2014, de Repositório da Universidade de Lisboa: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf
- Martins, M. M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família - O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Meighan, M. M. (2004). Ramona T. Mercer - Consecução do Papel Maternal. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a ed., pp. 521-541). Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E. O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (23 de Setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, I. M., & Coelho, S. M. (junho de 2012). Estado funcional paterno no pós-parto: estudo de fatores associados em pais pela primeira vez. *Nursing*, 281 - Suplemento(Ano 24), pp. 2-7.
- Menino, E., & Sousa, C. (2010). *E o pai? As vivências do pai durante a primeira semana pós-parto*. Obtido em 8 de Julho de 2013, de Corrente Dinâmica: <http://www.correntedinamica.com/Ivrcongrabril2010.pdf>
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmbito da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on Maternal Role Identity from Rubin to the Present*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), pp. 226-232.
- Mexia, G. (2009). *45 Anos e 38000 Grávidas Depois*. Lisboa: Página a Página - Divulgação do Livro, SA.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (julho-setembro de 2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, XXV(3), pp. 399-413.
- Navarro, M. F. (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda, *Educação para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.
- Onega, L. L., & Devers, E. (2008). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope, & J. Lancanter, *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7a ed., pp. 303-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República n.º 35 - 2.ª série*, 8662-8666. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *L' éducation pour la santé: Manuel d' éducation pour la santé dans l' optique des soins de santé primaires*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pastrana, M. M. (fevereiro de 2013). *Comunicar com o Bebé antes de Ele Nascer através da Haptonomia*. Obtido em 13 de dezembro de 2014, de Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio: <http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/25522/Haptonomia.pdf>

- Pedras, C. R. (julho-outubro de 2007). Preparação para a Parentalidade. *Servir*, 55(4-5), pp. 166-169.
- Pedro, A. P., Ferreira, S., Gambôa, S., & Carvalho, T. (1º semestre de 2006). Parentalidade: Intervenção de Enfermagem. *Acontece Enfermagem*, 11(Ano VI), pp. 23-26.
- Pedro, J. C. (1985). *A Relação Mãe-Filho: Influência do contexto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería - un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pereira, P. (1º Semestre de 2007). Pensar os Casais depois de Serem Pais. *Pensar Enfermagem*, 11(1), pp. 65-68.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). *O Envolvimento Paterno durante a Gestação*. Obtido em 2 de junho de 2013, de Scielo - Psicologia: Reflexão e Crítica: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3>
- Pires, A. M. (2005). *As significações relativas ao corpo e a relação mãe-bebé ao longo do processo gravídico (Tese de Doutoramento)*. Obtido em 28 de junho de 2013, de Repositório Aberto da Universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22799>
- Pocinho, M. D. (1999). *A Música na Relação Mãe-Bebé*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade na Gravidez – Estudo Descritivo Realizado Numa Amostra de Mulheres do Distrito de Coimbra*. Coimbra: Quarteto.
- Quesada, R. P. (2004). Qué es la Educación para la Salud. In R. P. Quesada, *Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo* (pp. 3-20). Madrid: Diaz de Santos.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1a ed.). Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Relvas, A. P., & Lourenço, M. d. (2001). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Maternidade - Perspectiva Sistémica. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, A. F. (julho-agosto de 2005). Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito de pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir*, 53(4), pp. 190-194.
- Robin, M., & Lavarde, A. M. (2005). Rôles professionnels et parentaux dans le couple après l'arrivée d'un premier enfant. *La revue internationale de l'éducation familiale - Igneux sur Seine*, 9(1), pp. 5-27.
- Sá, E. (2004a). Diagnóstico pré-natal. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (2a ed., pp. 23-33). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004b). O Pensamento dos Bebés: algumas reflexões. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (2a ed., pp. 121-132). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2008). Prefácio. In M. J. Silva, & N. F. Lopes, *Comunicação Intra-Uterina* (pp. 9-11). Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
- Sá, E., & Biscaia, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães - contributo para a avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (2a ed., pp. 13-21). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E., & Dias, M. C. (2004). A vida emocional do feto. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (2a ed., pp. 97-112). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E., Matela, S., Morais, R., & Veiga, C. (2004). A doença psicológica no bebê. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (2a ed., pp. 133-150). Lisboa: Fim de Século.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (maio-agosto de 2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19(43), pp. 211-220.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). *Sexualidade na gravidez e pós-parto*. Obtido em 25 de Março de 2012, de Repositório da Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4720>
- Silva, M. J., & Lopes, N. F. (2008). *Comunicação Intra-Uterina*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
- Soares, I. (2007). Perspectiva histórica sobre o desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares, *Relações de Vinculação ao longo do Desenvolvimento: teoria e avaliação* (pp. 15-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Soares, I., Martins, E. C., & Tereno, S. (2007). Vinculação na Infância. In I. Soares, *Relações de Vinculação ao longo do Desenvolvimento: teoria e avaliação* (pp. 47-98). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Sousa, M. C. (abril de 2007). Relação Mãe/RN. *Nursing*, 220(Ano 17), pp. 24-29.
- Stern, D. (1992). *Bebé Mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Stern, D. N. (1991). *Diário de um Bebê: o que o seu filho sente, imagina, deseja*. Lisboa: Difusão Cultural - Sociedade Editorial e Livreira, Lda.
- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (2005). *Nascimento de uma Mãe: A experiência da maternidade* (2a ed.). Porto: Ambar, Ideias no Papel, SA.
- The Mother and Child Health and Education Trust. (2014). *Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl*. Obtido em 3 de maio de 2014, de Breast Crawl: <http://www.breastcrawl.org/>
- ULSAM, EPE. (2012). *ULSAM, EPE: Relatório e Contas 2012*. Obtido em 22 de abril de 2014, de ULSAM, EPE: <http://www.cham.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EAF1A652-A2A3-4E19-A1E2-AA171EEB41C2/26098/relatoriodecontas2012.pdf>
- ULSAM, EPE. (2013). *ULSAM, EPE: Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde, 2013*. Obtido em 6 de setembro de 2014, de ULSAM, EPE: <http://www.cham.min-saude.pt/NR/rdonlyres/51649777-CA8B-47F5-BE83-8089113B1074/27338/Relat%C3%B3rioAcesso2013.pdf>
- ULSAM, EPE. (s.d.). Obtido em 23 de abril de 2014, de ULSAM, EPE: www.cham.min-saude.pt
- USF Dallém D' Ave. (2011a). *Guião de Candidatura (documento não publicado)*. USF Dallém D' Ave, Delães, Vila Nova de Famalicão.
- USF Dallém D' Ave. (2011b). *Regulamento Interno (documento não publicado)*. USF Dallém D' Ave, Delães, Vila Nova de Famalicão.
- Verne, T., & Kelly, J. (1984). *A Vida Secreta da Criança no Útero*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Vieira, A. R., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. J. (maio-agosto de 2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir*, 56(3/4), pp. 146-154.
- Vilaça, C., Saraiva, C., Portela, J. C., & Costa, T. (2012). Aleitamento materno: do nascimento à alta hospitalar, que realidade? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, pp. 47-51.

- Vilaça, T. (novembro de 2007). *Dos modelos de educação para a saúde tradicionais aos modelos de capacitação: abordagens metodológicas da educação sexual em Portugal do 7º ao 12º ano de escolaridade*. Obtido em 27 de abril de 2014, de Enciga: Ensinantes de Ciencias de Galicia: http://www.enciga.org/files/boletins/64/dos_modelos_de_educacao.pdf
- Winnicott, D. W. (1995). *Conversas com os Pais*. Lisboa: Terramar - Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda.
- Zagonel, I. P. (julho de 1999). O Cuidado Humano Transicional na trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Identificação dos conhecimentos das parturientes e pais/companheiros no momento da admissão relativamente aos fatores promotores da vinculação precoce no período perinatal

Parâmetros complementares à entrevista inicial realizada na admissão no serviço de Bloco de Partos da ULSAM para identificação das competências cognitivas parentais da parturiente e pai/companheiro

Objetivo	Questão Orientadora
1. Demonstrar o que significa o contacto pele a pele.	<i>Presentes no guião de avaliação inicial</i> (Já ouviu falar no contacto pele a pele? O que sabe acerca do contacto pele a pele?)
2. Reconhecer a importância do contacto precoce para a vinculação recíproca pais-filho.	- Considera importante o seu filho permanecer junto a si após o nascimento? Porquê?
3. Ter conhecimento do estado de grande alerta do RN na primeira hora de vida.	- Sabia que os bebés costumam ficar acordados durante cerca de uma hora quando nascem, algo que dificilmente acontece nos dias ou semanas seguintes?
4. Identificar um dos sinais justificativos do reconhecimento materno por parte do RN (cheiro, voz, batimentos cardíacos).	- Acha que o bebé irá reconhecê-la como a pessoa que o carregou durante a gravidez? - De que forma ele a poderá identificar?
5. Reconhecer uma vantagem do alojamento conjunto (aleitamento materno, responder às necessidades físicas e psicológicas do bebé, promover a interação precoce).	<i>Presente no guião de avaliação inicial</i> (Tendo em conta que o alojamento conjunto significa a possibilidade de a mãe poder estar sempre acompanhada pelo seu bebé durante o internamento, considera que isso poderá ser importante? Porquê?)
6. Identificar a promoção da vinculação como uma das vantagens do aleitamento materno.	<i>Presente no guião de avaliação inicial</i> (Quais são, no seu ponto de vista, as vantagens do aleitamento materno?)
7. Descrever uma das necessidades básicas do RN (afeto/relação precoce, mamar/sucção, calor, ambiente seguro)	- Do que é que acha que o bebé irá precisar mais depois de nascer?
8. Reconhecer a importância do acompanhamento do companheiro no	- Gostaria que o seu companheiro a acompanhasse durante todo o trabalho de

trabalho de parto para o desenvolvimento da interação entre a tríade.	parto? - Se sim: por que é que considera benéfica a participação dele?
9. Desejar participar no trabalho de parto com o intuito de se relacionar o mais precocemente possível com o RN.	<i>Presentes no guião de avaliação inicial</i> (Tem intenções de participar no trabalho de parto da sua companheira? Gostaria de assistir ao nascimento do seu bebé?) - Se sim: quais os motivos que o levam a querer estar presente nesse momento?
10. Identificar uma das formas inatas/instintivas de comunicação do RN (ver, ouvir, agarrar, sorrir).	- Consideram que existe alguma possibilidade de o bebé comunicar convosco e com o mundo que o rodeia? Como? - O que sabem acerca do funcionamento dos seus sentidos?

Cada um destes objetivos demonstra o nível cognitivo que os pais deverão apresentar no final da gravidez, por forma a garantirem atitudes e comportamentos promotores da vinculação precoce. As questões orientadoras que se lhes correspondem servem de fio condutor à entrevista de avaliação inicial.

Este instrumento foi construído para ser implementado em conjunto com o guião de avaliação inicial preconizado pela unidade de cuidados. Assim, as respostas aos parâmetros n.º 1, n.º 5, n.º 6 e n.º 9 poderão ser obtidas a partir do instrumento de recolha de dados já existente, embora estes temas tivessem sido explorados com maior profundidade.

Em cada um dos dez parâmetros deve ser assinalada uma das seguintes nomenclaturas para a mãe e para o pai (se presente): sim (se demonstra essa competência cognitiva) ou não (se não soube responder adequadamente à questão).

Os objetivos n.º 4 e n.º 8 dizem respeito especificamente à mãe, e o n.º 9 apenas ao pai.

Apêndice 2 – Grelha de observação dos comportamentos
de expressão da vinculação nas puérperas e
pais/companheiros no puerpério imediato

Grelha de Observação

Competências parentais para o bonding pais-filho no puerpério imediato

Objetivo:

- Conhecer os comportamentos de expressão da vinculação por parte das puérperas e pais/companheiros no puerpério imediato

Caraterização sociodemográfica:

Paridade: _____

Idade Gestacional: _____

Acompanhamento para o parto: _____

Gravidez planeada/desejada: _____

Paternidade: _____

Habilitações literárias: _____

Frequência em curso de preparação para o parto/parentalidade: _____

Presença de patologia materno-fetal: _____

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS	Mãe	Pai
1. Contempla o RN.		
2. Tenta colocar-se numa posição de face a face com o RN.		
3. Demonstra vontade em permanecer perto do RN.		
4. Toca, beija e acaricia a criança.		
5. Sorri e fala para o RN.		
6. Verbaliza sentimentos positivos em relação ao RN.		
7. Destaca gestos peculiares/características da personalidade do RN.		
8. Identifica diferenças individuais ou semelhanças físicas com familiares.		
9. Reage ao choro do RN, tentando consola-lo e acalmá-lo.		
10. Amamenta na primeira hora após o parto.		
11. Participa ativamente no aleitamento materno.		
12. Preocupa-se com a segurança e bem-estar da criança.		

13. Reconhece alguma necessidade física do RN.		
14. Toma a iniciativa na prestação de cuidados ao RN.		

Legenda: S – Sim; SD – Sim, com dificuldade; N – Não

NOTAS DE CAMPO (condições do parto, avaliação da relação conjugal, percepção do nível socioeconómico, esta do de alerta do RN...):

O comportamento n.º 10 é referente apenas à mãe, e o n.º 11 somente ao pai, pelo que as suas ações monitorizam-se com recurso a 13 parâmetros.

O leque de respostas possíveis contempla três possibilidades: sim, não e sim, com dificuldade, catalogando este último quando o comportamento é observado após incentivo, apoio e reforço da equipa prestadora de cuidados.

Apêndice 3 – Plano de Sessão: Vinculação Precoce e Comunicação Intrauterina

PLANO DE SESSÃO

Curso: Preparação para a Parentalidade/Vinculação precoce e comunicação intrauterina
Destinatários: Grávidas com idade gestacional > 20 semanas e acompanhantes significativos
Formador: Cristiana Gomes
Duração da Sessão: 90 minutos

Objetivo Geral: Ensinar e instruir as grávidas/casais/famílias sobre o desenvolvimento das competências fetais e as técnicas de estimulação da comunicação intrauterina, promovendo a vinculação precoce entre a tríade
Datas: 11/12/2013, 12/12/2013 e 03/01/2014

	Objetivos Específicos <i>No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:</i>	Conteúdos	Método	Atividades	Recursos Didáticos	Duração da Atividade
Introdução	- Definir vinculação precoce	- Introdução ao tema: palavras-chave - Explanação dos objetivos	- Interrogativo - Ativo	- Apresentação do grupo - <i>Brainstorming</i> acerca da vinculação pais-filho	- Quadro branco e marcadores	10 minutos
Desenvolvimento	- Identificar as competências sensoriais e comunicacionais do feto	- Desenvolvimento das competências sensoriais do feto - Competências interativas do feto	- Expositivo	- Exposição do tema ao grupo	- Computador portátil + <i>Data Show</i> - Vídeo: Competências fetais e desenvolvimento intrauterino	15 minutos
	- Reconhecer a importância da comunicação intrauterina - Executar técnicas de comunicação intrauterina	- Estratégias para a promoção da vinculação pré-natal - Importância, objetivos e processo de estimulação da comunicação intrauterina - Ensino, instrução e treino de algumas técnicas de comunicação intrauterina	- Expositivo - Interrogativo - Demonstrativo	- Exposição do tema ao grupo - Questionamento de sensações/experiências prévias acerca da interação pais-filho - Demonstração de técnicas de comunicação intrauterina: música, massagem, diálogo e pensamentos sobre o bebé	- Computador portátil + <i>Data Show</i>	30 minutos
	- Especificar as estratégias promotoras da vinculação perinatal	- Promoção da vinculação precoce no período perinatal e puerpério imediato	- Expositivo	- Exposição do tema ao grupo	- Computador portátil + <i>Data Show</i>	20 minutos
Síntese		- Resumo da sessão, ressaltando as reflexões principais - Conclusão da sessão	- Expositivo - Interrogativo	- Esclarecimento de dúvidas - Exposição das conclusões ao grupo - Avaliação da satisfação da sessão	- Computador portátil + <i>Data Show</i> - Vídeo síntese: Vinculação Pré-natal - Inquérito de Avaliação da Satisfação dos Participantes da Sessão	15 minutos

Apêndice 4 – Questionário de Avaliação da Satisfação dos
Participantes da Sessão: Vinculação Precoce e
Comunicação Intrauterina

Sessão: "Vinculação Precoce: Comunicação Intrauterina"

Estimado participante:

A sua opinião sobre a sessão que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações.

Agradecemos, pois, o seu contributo, respondendo a este questionário.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A frequência desta ação foi útil.					
O tema tratado na sessão é importante.					
As metodologias utilizadas foram adequadas.					
O tema foi apresentado de forma coerente e estruturada.					
Os objetivos da ação foram concretizados.					
A forma como foi desenvolvida a sessão despertou o meu interesse.					
A sessão correspondeu às minhas expectativas iniciais.					
A linguagem utilizada pela enfermeira foi adequada.					
Tenciono usar o conhecimento adquirido daqui em diante.					
No global, avalio esta sessão como positiva.					

Que sugestões gostaria de deixar (conteúdos, atividades, duração, avaliação, recursos...)?

Muito obrigado pela sua colaboração!